



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3724/2018

ATAS/564/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 juillet 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES,
représentée par APAS Association pour la permanence de défense
des patients et assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante colombienne née le _____ 1964 et au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C), est mère de deux enfants, dont une fille mineure, née le 20 juin 2005. Elle vit séparée de son époux depuis le mois de février 2009. Par jugement sur mesures protectrices de l'union conjugale du 10 juillet 2009, ce dernier a été condamné à lui verser une contribution d'entretien de CHF 2'100.- par mois.
2. a. De juin 2006 à juin 2008, l'assurée a travaillé en qualité d'agente d'entretien pour l'entreprise B_____.
- b. En parallèle, de juin 2006 au 31 octobre 2009, l'assurée a été employée par la C_____ en tant que femme de chambre.
À sa demande, son employeur a mis fin à son contrat de travail par courrier du 12 août 2009, afin de lui permettre de rechercher une activité correspondant à ses possibilités physiques. En effet, le médecin traitant de l'assurée avait communiqué à celle-ci qu'il l'autorisait à reprendre une activité à 100 % dans un autre domaine que celui de femme de chambre.
3. Le 14 août 2009, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) pour la recherche d'un emploi de femme de chambre/lingère à plein temps (cf. confirmation d'inscription de l'OCE du 4 août 2009).
Selon son curriculum vitae joint à cette demande, elle recherchait un emploi à temps partiel.
4. Durant l'année 2009/2010, l'assurée a suivi un cours de français de niveau intermédiaire organisé par sa commune, pour un total de 39 heures.
5. En 2010, l'assurée a découvert sa séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (ci-après : le VIH).
6. À partir du 13 septembre 2012, elle a été employée en tant qu'agente de propreté par la D_____ à raison de 11,25 heures par semaine.
7. Par rapport du 11 mai 2015, le professeur E_____, médecin au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué qu'après un examen clinique ciblé de l'assurée, il ne retrouvait aucune séquelle d'une polyarthrite rhumatoïde. Par contre, l'assurée présentait certainement un abaissement du seuil de la douleur suggestif d'un syndrome fibromyalgique.
8. Depuis le 1^{er} septembre 2015, l'assurée a bénéficié à nouveau des prestations d'aide sociale de l'Hospice général.
9. À partir du 15 septembre 2015, elle a été en incapacité de travail totale.
10. Selon un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 14 octobre 2015, le diagnostic était un trouble dépressif

récurrent (épisode actuel modéré avec symptômes somatiques, F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Depuis plusieurs années, l'assurée souffrait d'une maladie thymique persistante dans un contexte d'annonce de sa séropositivité au VIH. Elle se plaignait d'un état de tristesse, de pleurs, d'anxiété, d'irritabilité, d'asthénie, d'anhédonie, de culpabilité, d'une mauvaise image de soi, d'idéation suicidaire et d'insomnie. Le facteur de stress expliquant sa décompensation thymique durable était sa séropositivité. Ses difficultés conjugales (séparation) et familiales (mauvaise entente avec son fils aîné) représentaient aussi des éléments cliniques significatifs. L'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique intégrée. Sa dépression avait des répercussions significatives aux niveaux familial, professionnel et social. L'évolution clinique tendait à être favorable, mais il n'était pas possible de se prononcer sur la durée de son incapacité de travail.

11. Le 21 décembre 2015, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé).

Selon le formulaire y relatif, elle travaillait comme agente de propreté à 31,25% pour la D_____, pour un salaire mensuel de CHF 780.-. Elle était également femme au foyer depuis le 16 avril 2004. Depuis le 1^{er} septembre 2015, elle était en incapacité de travail pour cause de maladie en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression, atteintes existant depuis environ cinq ans. Elle était suivie par le Dr F_____, la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine interne, et Madame H_____, psychologue.

12. Dans son avis du 12 janvier 2016, la docteure I_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a recommandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire portant sur les volets psychiatrique et rhumatologique.
13. Selon un rapport de la Dresse G_____ du 1^{er} février 2016, l'incapacité de travail de l'assurée avait débuté en mai 2015. Elle souffrait du VIH depuis 2010, ainsi que depuis 2015, de fibromyalgie, d'un état dépressif, de polyarthrite rhumatoïde et de fasciite plantaire chronique. Le pronostic était indéterminé. Son traitement comportait un traitement anti-VIH, des antidépresseurs, des anxiolytiques, de la psychothérapie et de la physiothérapie. Les restrictions sur l'activité exercée étaient des douleurs, de la fatigue et un manque d'élan vital. L'activité exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit de 100 %.
14. Selon un rapport du Dr F_____ du 8 mars 2016, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était un trouble dépressif récurrent (épisode actuel modéré avec syndrome somatique, F33.11), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble de la personnalité sans précisions (F69). Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était une infection asymptomatique par le VIH (Z21). L'assurée souffrait de ces pathologies depuis plusieurs années à la suite de

l'annonce de sa séropositivité et de difficultés conjugales et familiales. Elle était particulièrement handicapée par le syndrome somatique qui accompagnait sa dépression. Elle bénéficiait actuellement d'une prise en charge psychiatrique intégrée et d'un traitement médicamenteux réajusté suivant son évolution. Malgré une prise en charge spécialisée relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes, les troubles psychiques étaient persistants. L'assurée présentait depuis octobre 2015 une incapacité de travail totale, en raison de ses troubles thymiques persistants : tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie, anhédonie et de sa séropositivité. Ces restrictions à l'activité exercée se manifestaient en termes de qualité et de quantité du travail fourni en lien avec les troubles psychiatriques précités. Aucune reprise d'activité professionnelle ne pouvait être envisagée.

15. Par courrier du 19 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, compte tenu des éléments en sa possession.
16. Selon un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 3 octobre 2016, l'anamnèse et le status de l'assurée évoquaient la présence de douleurs chroniques diffuses liées à une sensibilisation centrale. En pareil cas, il était fréquent que les douleurs soient diffuses, associées à une hyperalgésie, une fatigue, une insomnie, des troubles de la mémoire et de l'attention et des troubles de l'humeur. Il était conseillé à l'assurée de poursuivre son traitement médicamenteux, ses séances de relaxation en piscine, d'aller à ses cours de français, et d'augmenter la fréquence du suivi psychothérapeutique à une fois par semaine (au lieu de deux fois par mois).
17. À la demande de l'OAI, les docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SMR, ont rendu un rapport le 19 septembre 2017, fondé notamment sur deux entretiens avec l'assurée, en date des 24 mai et 29 août 2017.

Les médecins ont résumé le dossier de l'assurée et, en particulier, les rapports du Prof. L_____ du 11 mai 2015, de la Dresse G_____ du 1^{er} février 2016 et de la consultation de la douleur des HUG du 3 octobre 2016. Ils ont décrit l'anamnèse (familiale, personnelle, scolaire et professionnelle, psychosociale et psychiatrique) et l'histoire médicale selon l'expertisée, ainsi que ses plaintes actuelles, rapporté les symptômes décrits par celle-ci et ses activités quotidiennes.

Ils ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, en rémission complète (F33.4). Les diagnostics retenus sans répercussion sur la capacité de travail étaient une fibromyalgie (M79.0), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation en continue de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.25), une évolution dysthymique d'intensité légère (F34.1), ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6). Sur la base de l'examen clinique psychiatrique du 29 août 2017 superposable à celui du 24 mai 2017, les médecins

avaient objectivé une stabilisation de l'état de l'assurée. En l'absence de limitations fonctionnelles ostéoarticulaires et biomécaniques, ainsi que d'une pathologie psychiatrique aigüe ou chronique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible était de 100 % depuis le 24 mai 2017, date de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée. Le pronostic était bon.

Sur le plan rhumatologique, la diminution de la sensibilité de l'hémicorps gauche avec préservation de la sensibilité posturale correspondait à un trouble fonctionnel et non pas à une lésion neurologique. L'examen clinique était donc rassurant et n'évoquait pas une atteinte ostéoarticulaire significative dégénérative ou inflammatoire. Les bilans radiologiques n'avaient pas non plus mis en évidence de lésions ostéoarticulaires. Il n'y avait pas de signe évocateur d'une polyarthrite rhumatoïde. Il s'agissait d'une fibromyalgie. Au cours de l'examen, les médecins avaient constaté que les douleurs n'étaient pas systématiquement reproductibles. Elles fluctuaient suivant le moment de l'examen. En l'absence de pathologie ostéoarticulaire, il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles. La polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée par la Dresse G_____ avait été écartée par les rhumatologues des HUG. Le tableau algique actuel n'était pas non plus caractéristique d'une fasciite plantaire.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La symptomatologie décrite par le Dr F_____ était en rémission complète et ne justifiait plus une quelconque incapacité de travail. Dans le cadre des douleurs chroniques, de la maladie physique du VIH positif et de la violence de son mari, l'assurée développait une symptomatologie dépressive réactionnelle, actuellement en rémission complète. Il ne s'agissait pas d'une symptomatologie récurrente, d'origine endogène. L'assurée présentait des périodes pendant lesquelles elle se sentait mieux mais, la plupart du temps, elle se sentait déprimée et fatiguée, tout lui coûtait et rien ne lui était agréable, dans le cadre d'une évolution dysthymique, sans incidence sur la capacité de travail car l'assurée restait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'assumer ses responsabilités. Constatant lors de l'examen clinique une consommation de benzodiazépines depuis de nombreuses années, les médecins avaient retenu le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, en continue, pathologie sans aucune incidence sur la capacité de travail. Ils n'avaient pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car les critères cliniques de la CIM-10 n'étaient pas réunis. Durant l'entretien, l'assurée était restée en position assise pendant deux heures, sans

changer de position. Elle ne présentait pas d'amplification de ses plaintes, ni de sentiment de détresse. Le diagnostic de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant ne représentait pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. À l'examen rhumatologique, le Dr J _____ avait retenu le diagnostic de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail. Effectivement, selon la jurisprudence actuelle, l'assurée assumait parfaitement bien les activités de la vie quotidienne. Elle souffrait d'une dépendance aux benzodiazépines, qui n'avait pas entraîné de troubles irréversibles, vu que l'assurée ne présentait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Il n'y avait pas assez d'informations anamnestiques et cliniques en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité morbide. Tout au long de l'examen, les médecins avaient fait la distinction entre la diminution des capacités fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences de facteurs non pris en considération par l'assurance, facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le chômage, la situation économique difficile, les compétences linguistiques déficientes, l'âge, le niveau de formation ou les facteurs socio-culturels. Ils avaient objectivé des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les médecins traitants, les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée. Cette dernière bénéficiait de ressources personnelles d'adaptation au changement, mais également de ressources disponibles ou mobilisables, le soutien de sa fille, de son médecin, du service social et une bonne adhésion à la thérapie. L'évaluation de la capacité de travail ne tenait pas compte de la démotivation de l'assurée, ne faisant pas partie du domaine médical.

18. Selon une note du 9 octobre 2017, l'OAI a conclu à un statut mixte, soit une part de 70 % à titre professionnel et de 30 % à titre privé, compte tenu du fait que l'assurée travaillait à 25 % depuis le 13 septembre 2012, qu'elle était inscrite au chômage depuis le 14 août 2009 à un taux de 100 % et qu'elle avait déjà une atteinte à sa santé dès 2010 (non-invalidante mais pouvant expliquer en partie une baisse du taux professionnel). Il était renoncé à effectuer une enquête ménagère pour la période révolue, d'autant plus que l'examinateur décrivait les tâches ménagères dont les empêchements ménagers semblaient limités.
19. Par projet de décision du 6 février 2018, l'OAI a informé l'assurée de son droit à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017.

Son statut était celui d'une personne dite « mixte », à savoir 70 % dans la part professionnelle et 30 % pour les travaux habituels. Le SMR avait conclu à une incapacité de travail totale du 1^{er} septembre 2015 au 24 mai 2017 et une capacité de travail entière depuis le 24 mai 2017, dans toutes activités. Étant donné le taux d'activité retenu de 70 % et qu'aucune activité lucrative n'était possible durant la période du 1^{er} septembre 2015 au 24 mai 2017, quelques fussent ses empêchements dans le ménage, le droit à une rente entière était ouvert à l'issue du délai de carence, soit le 1^{er} septembre 2016. Aucune enquête de domicile ne serait effectuée. Dès le

mois de mai 2017, sa capacité de travail était entière dans toute activité, ce qui lui fermait le droit à la rente au 31 août 2017. À défaut d'un manque à gagner durable de 20 % au moins, il n'y avait pas de droit au reclassement.

20. Les médecins traitants de l'assurée ont contesté le contenu de cette décision.
- a. Par rapport du 23 février 2018, la Dresse G_____ a indiqué que la situation de l'assurée était identique avant et depuis le mois d'août 2017. L'intéressée présentait les mêmes diagnostics et limitations entraînant une incapacité de travail. Sa séropositivité au VIH, son état « antidépressif » et sa fibromyalgie provoquaient des douleurs musculaires et articulaires, une fatigabilité importante, des angoisses, une tristesse, un manque d'élan vital et une anhédonie. Elle encourageait l'assurée à s'opposer au projet de décision de l'OAI du 6 février 2018.
- b. Par rapport du 28 février 2018, le Dr F_____ a rappelé que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel modéré avec syndrome somatique, F33.11), un état de stress post-traumatique (F43.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une personnalité évitante (F60.6). Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était l'infection asymptomatique par le VIH (Z21). Malgré une prise en charge relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes, les troubles psychiques étaient persistants. Au surplus, il reprenait la teneur de son rapport du 8 mars 2016.
21. Dans un rapport du 1^{er} mars 2018, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué, en tant que spécialiste des maladies infectieuses, que l'infection au VIH de l'assurée était actuellement bien contrôlée par un traitement médicamenteux que celle-ci disait bien supporter. Les bilans semestriels montraient une excellente efficacité de son traitement sur les plans immunitaire et virologique. La difficulté psychologique qu'avait l'assurée à accepter sa maladie avait certainement un retentissement psychique et physique, participant ainsi à la chronicisation des douleurs de fibromyalgie et la persistance de l'état dépressif chronique. Il laissait le soin aux autres médecins traitants de l'assurée de déterminer la capacité de travail de celle-ci, en ajoutant qu'un bilan neuropsychologique extensif pourrait certainement être instructif, un pourcentage élevé des patients affectés par le VIH présentant des atteintes neurocognitives limitant leur capacité de travail.
22. Dans son avis du 19 avril 2018, la doctoresse N_____ du SMR a conclu qu'aucun des médecins de l'assurée n'apportait d'éléments objectifs nouveaux ou faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée susceptibles de modifier l'appréciation précédente.

S'agissant du diagnostic retenu par le Dr F_____ dans son rapport du 28 février 2018, l'état de stress post-traumatique n'avait pas été évoqué jusqu'à présent et les critères diagnostics n'étaient pas remplis, notamment la présence d'un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique. L'annonce d'un

diagnostic de séropositivité au VIH ne pouvait être considéré comme tel. L'examen psychiatrique du SMR des 24 mai et 29 août 2017 ne retrouvait pas de critères diagnostics pour ce trouble. Comme l'avait indiqué la Dresse K_____, aucun trouble de la personnalité ne pouvait être retenu au vu du parcours de vie de l'assurée (elle avait réussi sa scolarité, travaillé et assurait des responsabilités familiales). Les plaintes et le status psychiatrique décrits dans le rapport du psychiatre du 28 février 2018 étaient superposables au rapport du 8 mars 2016.

Selon le rapport du 1^{er} mars 2018 du Dr M_____, l'assurée présentait une infection contrôlée et un traitement efficace sur les plans virologique et immunitaire. Les atteintes neurocognitives du VIH se retrouvaient, lors d'infection non contrôlées et en état d'immunodéficience, liées aux complications infectieuses opportunistes, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. De plus, le status psychiatrique de la Dresse K_____ ne relevait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. Un bilan neuropsychologique extensif ne se justifiait pas dans ce contexte.

23. Par courrier du 25 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait son appréciation. Les nouveaux documents apportés ne contenaient aucun nouvel élément permettant de remettre en question la capacité de travail raisonnablement exigible fixée par le SMR.
24. Par décision du 25 septembre 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017.

Il reprenait la motivation de son projet de décision du 6 février 2018 et de son courrier du 25 avril 2018.

25. Par acte du 23 octobre 2018, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans limitation dans le temps, au-delà du 31 août 2017 et à toutes les autres prestations de l'assurance-invalidité, sous suite de frais et dépens. Préalablement, elle demandait que la réalisation d'une expertise psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée. Elle sollicitait également un délai pour compléter son recours afin de pouvoir produire les éléments médicaux nécessaires.

Elle contestait disposer d'une capacité de travail entière dans toute activité dès le mois de mai 2017, ainsi que les conclusions du SMR du 19 septembre 2017, ne retenant aucun diagnostic incapacitant. Ses médecins traitants retenaient plusieurs diagnostics incapacitants. Le rapport du SMR ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante dans la mesure où il émanait d'un service interne de l'intimé et ne remplissait pas les conditions jurisprudentielles.

26. Dans ses écritures complémentaires du 20 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions, en précisant ses précédents développements.

Ce n'était qu'après les premières atteintes à la santé, qu'elle avait réduit son temps de travail dans une démarche de préservation de sa capacité de travail. Sans atteintes à sa santé, elle aurait continué à travailler à temps complet. Sur le plan médical, l'intimé n'avait pas cherché à déterminer dans quelle mesure sa capacité de gain était touchée au vu de sa polypathologie : troubles psychiques, fibromyalgie et séropositivité au VIH. Les effets de la combinaison de ses médicaments n'avaient pas non plus été abordés.

En outre, force était de constater que l'examen de son cas n'avait pas été réalisé en conformité de la jurisprudence fédérale. Le SMR n'avait pas effectué d'examen de sa capacité de travail et fonctionnelle à l'aide des indicateurs, alors même qu'il retenait qu'elle souffrait de fibromyalgie, soit d'une affection psychosomatique. Le SMR avait également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux de manière non étayée et sans respecter les principes jurisprudentiels. Il se bornait à indiquer ses conclusions, sans discussion ou motivation permettant de comprendre pour quelle raison les diagnostics avancés par ses médecins traitants avaient été écartés. Or, ces derniers confirmaient leurs diagnostics malgré la lecture dudit rapport et élevaient des critiques précises à son encontre. Dans la mesure où les constatations des examinateurs du SMR et des médecins traitants étaient diamétralement opposées et que l'instruction réalisée jusqu'ici était lacunaire, elle sollicitait la réalisation d'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique.

Elle produisait deux rapports de ses médecins traitants, à savoir :

- un rapport de la Dresse G_____ du 22 octobre 2018, considérant que son incapacité de travail était de 100 %. Les différentes pathologies dont elle souffrait (séropositivité au VIH, état dépressif et anxieux, fibromyalgie avec douleurs chroniques) interféraient négativement les unes par rapport aux autres. Les douleurs limitaient sa capacité de travail dans le nettoyage en raison de la pénibilité. La fatigue induite par les traitements et la dépression limitait également sa rentabilité au travail. L'examen du SMR ne retenait pas de symptomatologie dépressive, alors que la recourante présentait une tristesse, un manque d'élan vital et une anhédonie. Ses troubles du sommeil et son isolement social étaient de son point de vue des signes de dépression. L'expertise ne retenait pas d'influence sur la capacité de travail de la fibromyalgie, or les douleurs de cette pathologie étaient décrites comme variables dans le temps. Le fait que le jour de l'examen, la recourante ne se plaignait pas de douleurs ne signifiait pas qu'elle n'en avait jamais. L'association avec une fatigue, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur fluctuants étaient des critères diagnostiques de la maladie ;
- un rapport du Dr F_____ du 23 octobre 2018, rappelant les diagnostics retenus dans son rapport du 28 février 2018. Depuis quelques mois, s'y ajoutait le diagnostic de phobie sociale (F40.1). À cause de ce trouble, la recourante devait souvent renoncer à des démarches importantes pour elle. Malgré ses troubles psychiques sévères, elle devait redoubler ses efforts pour préparer les repas et

s'occuper de sa maison, car sa fille mineure dépendait d'elle. Le rapport du SMR transmettait l'image d'une personne en pleine vitalité qui se levait tôt, était bien occupée la journée et avait une vie stimulante, ce qui ne correspondait pas à la réalité de la recourante. Les limitations fonctionnelles étaient en lien avec les symptômes persistants de sa polyopathie psychiatrique. Le syndrome somatique de sa pathologie thymique et ses troubles anxieux étaient particulièrement handicapants. Même si une certaine atténuation des troubles psychiques avait été constatée, la patiente n'avait actuellement pas de capacité de travail ni dans son activité habituelle ni dans une autre activité professionnelle. L'anamnèse de l'expert signalait les plaintes liées à la fatigue de la recourante, son besoin de se reposer matin et après-midi au lit, que tout lui coûtait et rien ne lui était agréable, mais écartait le syndrome somatique. Le rapport du SMR n'évoquait par ailleurs pas le lien fortement pathogène entre sa séropositivité au VIH et son état psychique.

27. Dans sa détermination du 4 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Au vu des éléments du dossier, du parcours personnel et professionnel de la recourante et du rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2017, il apparaissait, au degré de la vraisemblance requis par la jurisprudence, que la recourante n'aurait pas exercé une activité à temps plein sans atteinte à la santé, mais à temps partiel.

Le rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2017 remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il était fondé sur une connaissance du dossier médical intégral, prenait en considération les plaintes de la recourante, était basé sur un examen clinique approfondi et ses conclusions étaient claires et motivées. Au surplus, les nouvelles pièces produites par la recourante avaient été soumises au SMR, lequel avait maintenu ses précédentes conclusions.

Ainsi, se ralliant à la position du SMR, l'intimé estimait que la situation médicale de la recourante avait été parfaitement élucidée et que c'était à bon droit et en pleine connaissance de cause qu'une rente d'invalidité limitée dans le temps lui avait été octroyée.

Était joint le rapport de la docteure O_____ du SMR, du 3 décembre 2018, indiquant que les rapports des Drs F_____ et G_____ retenaient les mêmes atteintes que celles déjà discutées précédemment, sans apporter d'éléments nouveaux. En outre, le Dr F_____ posait en sus le diagnostic de phobie sociale sans amener d'élément objectif pour cette atteinte. Il indiquait une atténuation des troubles psychiques tout en retenant encore une capacité de travail nulle dans toute activité. Cette évaluation n'était pas cohérente. Les symptômes décrits par le Dr F_____ correspondaient au diagnostic de dysthymie retenu par la Dresse K_____.

28. Dans sa réplique du 4 janvier 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions, en sollicitant son audition et celle de ses médecins traitants, soit les Drs F_____, G_____, et M_____.

Reprenant ses précédents développements quant à son statut et à la méthode d'évaluation applicable, elle ajoutait que, dans la mesure où elle recherchait un emploi à 100 % lorsqu'elle s'était inscrite au chômage, il apparaissait au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait exercé une activité à temps plein sans atteinte à la santé. Elle demandait par ailleurs son audition par la chambre de céans afin de développer ce point. Quant à la question de son invalidité, l'intimé ne se prononçait pas sur les griefs qu'elle avait développés concernant l'absence d'instruction de son cas selon la jurisprudence en cas de troubles psychiques (procédure structurée de l'administration des preuves à l'aide d'indicateurs). Il était cependant manifeste que le rapport du SMR ne les respectait pas. S'agissant de l'avis du SMR du 3 décembre 2018, celui-ci retenait de manière erronée que le nouveau diagnostic posé par le Dr F_____ de phobie sociale ne reposait sur aucun élément objectif. Il n'apparaissait pas que la psychiatrie était la spécialité de la Dresse O_____ du SMR.

Étaient joints les documents suivants :

- un questionnaire médical rempli le 10 décembre 2018 par le Dr M_____ indiquant que le SMR surestimait la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychique et cognitif, que le diagnostic retenu était celui de « HIV – Association Neurocognitiv Disorder » (ci-après : HAND), que la capacité de travail habituelle de la recourante dans son activité habituelle d'agente de nettoyage et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 50 %, que sa capacité de travail était réduite par une diminution de la capacité de rendement en raison des atteintes à la santé. En outre, la fatigabilité, la diminution des capacités de concentration et de mémoire résultaient de trois facteurs, soit un état dépressif, les effets secondaires de la médication antirétrovirale et psychotrope, ainsi que du HAND ;
- un rapport d'examen neuropsychologique et neurocomportemental des HUG du 6 décembre 2018, lequel mettait en évidence :
 - « sur le plan clinique, une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur ;
 - une symptomatologie anxio-dépressive significative, telle que rapportée par la patiente dans un auto-questionnaire et observée cliniquement en séance pouvant l'amener à perdre ses moyens lors de la réalisation de certaines tâches ;
 - au niveau du langage oral, une expression spontanée globalement informative avec toutefois quelques réponses à côté et des scores insuffisants dans deux épreuves formelles (latences dans les réponses à la dénomination d'images, avec un léger défaut du mot ; rendement insuffisant à la fluence verbale sémantique) ;

des scores sévèrement déficitaires dans une épreuve de mémoire épisodique verbale (courbe d'apprentissage sévèrement altérée et décroissante ; performances nettement insuffisantes en évocation différée et non améliorées en reconnaissance terme à terme) ;

des troubles attentionnels se traduisant notamment par une altération sévère de la vitesse de traitement observée cliniquement ainsi que dans l'ensemble des épreuves chronométrées réalisées ;

une altération de la mémoire à court terme.

Par ailleurs, le reste des fonctions cognitives testées est préservé lors d'un bref sondage (langage écrit, praxies, gnosies visuelles) ».

29. Le 21 janvier 2019, l'intimé a dupliqué, en maintenant ses conclusions et sa position.

Il produisait un nouvel avis du SMR du même jour, fondé sur les nouvelles pièces produites par la recourante, remarquant que le Dr M_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de celle-ci et laissait le soin au Dr F_____ et à la Dresse G_____ de le faire dès le mois de mai 2017. De plus, le Dr M_____ dépassait son champ de compétence et se prononçait sur les troubles psychiques et cognitifs alors qu'il n'était ni psychiatre, ni neurologue. Son évaluation ne pouvait donc être valablement suivie. S'agissant de l'examen neurologique, le SMR relevait que la Dresse K_____ ne retrouvait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur, alors qu'elle avait examiné la recourante à deux reprises, et qu'elle avait retrouvé un status psychiatrique superposable. Le SMR remarquait également que le VIH était connu depuis 2010, de sorte qu'il était étonnant qu'un diagnostic HAND n'ait été posé qu'en décembre 2018. Ainsi, le SMR considérait qu'il n'y avait pas de troubles cognitifs majeurs jusqu'à fin août 2017 au moins, correspondant à la date du dernier examen de la Dresse K_____. Il était possible que l'état psychiatrique de la recourante se fût aggravé depuis cet examen, mais les éléments au dossier montraient que cette aggravation était postérieure à la décision querellée. Par conséquent, les conclusions précédentes du SMR restaient valables. L'intimé se ralliait à la position de ce dernier et considérait que les pièces produites ne permettaient pas de modifier son appréciation du cas. Dans le cadre de la présente procédure, seuls pouvaient être retenus les faits antérieurs au 25 septembre 2018.

30. Dans ses écritures du 31 janvier 2019, la recourante a relevé que le fait que le Dr M_____ indiquait, le 1^{er} mars 2018, s'en référer à ses collègues psychiatre et généraliste pour établir sa capacité de travail à partir du mois de mai 2017, n'infirmerait en rien son avis médical du 10 décembre 2018, qui n'était pas critiqué sur le fond par le SMR. Bien qu'il ne fût ni psychiatre ni neurologue, le Dr M_____ était à même de procéder à une évaluation de sa capacité de travail sous l'angle des atteintes causées par le VIH, ce qu'il faisait précisément en se référant au diagnostic HAND. Concernant le moment auquel ce diagnostic avait été

posé, dans son rapport du 1^{er} mars 2018, le Dr M_____ indiquait déjà qu'un bilan neuropsychologique extensif pourrait certainement être instructif. La Dresse K_____ n'avait pas procédé à des tests neurocognitifs, mais uniquement à un examen clinique psychiatrique, de sorte que l'intimé ne pouvait affirmer que son état psychiatrique se serait aggravé après le prononcé de la décision en cause uniquement. Le dernier examen clinique datait du 29 août 2017, tandis que la décision litigieuse avait été rendue plus d'une année après. Il n'était donc pas exclu que son état de santé se fût péjoré entre ces deux dates.

31. En parallèle, la recourante a adressé directement un courrier à l'intimé, lui demandant de considérer que les éléments versés à la présente procédure valaient subsidiairement en tant que nouvelle demande de prestations d'invalidité.
32. Le 28 août 2019 a eu lieu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a notamment confirmé qu'elle n'avait pas cherché du travail supplémentaire à celui qu'elle effectuait pour son dernier employeur à cause de son état de santé. Elle avait pu travailler de 2012 à 2015 mais c'était difficile, les douleurs ayant augmenté progressivement. Avant d'être en arrêt de travail, elle travaillait à 90 % ou 100 %. Elle avait deux emplois réguliers du lundi au vendredi. Après trois ans d'emploi à la C_____, elle avait commencé à se sentir mal d'effectuer les deux emplois en parallèle. En arrêt de travail depuis 2015, son état dépressif et sa fatigue étaient devenus beaucoup plus importants en raison des traitements qu'elle prenait pour la dépression et le VIH. Elle prenait également des médicaments contre la douleur tous les jours et pour l'aider à dormir. Ses journées étaient tristes à cause de la fatigue. Elle préférait être à son domicile pour se reposer. Si elle sortait, même pour une consultation médicale, elle se sentait très fatiguée. Elle ne sortait pas beaucoup. À la maison, elle faisait ce qu'elle pouvait. C'était surtout sa fille qui l'aidait pour le ménage. Elle n'avait pas de contact avec ses voisins ni de famille à Genève. Le service social et sa psychologue l'aidaient pour ses affaires administratives. En raison de son état de santé, elle n'avait pas pu suivre régulièrement ses cours de français et avait de la peine à se concentrer. C'était principalement sa fille qui allait faire les courses. Elle n'avait plus beaucoup de contacts avec son fils aîné. Elle recevait une pension de CHF 1'300.- pour sa fille, son ex-mari ne pouvant pas lui verser la totalité de la contribution d'entretien de CHF 2'100.-. Elle n'avait plus de contact avec lui. Sa fille avait gardé des contacts réguliers avec son père et partait parfois en vacances avec lui. Si elle le pouvait, elle souhaiterait travailler à 100 %. Malheureusement, sa santé ne le lui permettait pas. Elle confirmait demander une expertise qui devrait également comporter un volet interne à cause du VIH et pour faire la liaison entre toutes les affections, ainsi qu'un examen neurocognitif.

Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

33. Par courriers des 26 et 16 septembre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans une copie de ses contrats de travail des 15 septembre 2006 et 12 mai 2014

auprès de la C_____ et de la D_____ pour un taux d'activité de respectivement, 70 % et un maximum de 18 heures par semaine. Elle a également précisé qu'elle n'était pas en mesure de fournir une copie de son contrat avec B_____.

34. Le 29 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique et rhumatologique à la doctoresse P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, et au docteur Q_____, spécialiste en rhumatologie FMH, et leur a transmis le projet de mission d'expertise avec un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts ou sur les questions qui leur étaient adressées.

35. Le 8 juin 2020, l'intimé a indiqué qu'en l'absence de motifs justifiant l'expertise, il n'était pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'un tel acte d'instruction, raison pour laquelle il s'y opposait. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante dans le cadre de la procédure judiciaire, de sorte que la mise en place d'une telle expertise ne se justifiait pas. Si par impossible la chambre persistait dans son intention d'ordonner l'expertise, l'intimé n'avait pas de motifs de récusation contre les experts annoncés. Le SMR, dans un avis du 8 juin 2020, proposait de joindre la mission d'expertise les demandes suivantes :

- en cas de traitement psychotrope, notamment d'antidépresseurs, vérifier la compliance de l'assurée à l'aide d'un dosage sérologique ;
- comment le traitement psychotrope de l'assurée, notamment les benzodiazépines, influençaient l'état de celle-ci ?
- en cas de suspicion de trouble cognitif, effectuer un bilan neuropsychologique dans la langue maternelle de l'assurée avec des tests de validation des symptômes.

36. Le 19 juin 2020, la recourante informée la chambre de céans ne pas avoir de motifs de récusation à valoir contre les experts désignés. Elle demandait que soient posées à ceux-ci les questions complémentaires suivantes à chacun des deux spécialistes :

- quelles sont les effets secondaires induits par les médicaments pris régulièrement par l'assurée ?
- ces effets ont-ils une influence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ? Si oui, lesquels ?

La recourante a constaté que seule une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique était envisagée et qu'il n'avait pas été donné suite à sa demande d'expertise en médecine interne. Elle persistait dans cette demande, dès lors qu'il apparaissait que les aspects spécifiques découlant du VIH ne relevaient ni du volet psychiatrique, ni du volet rhumatologique, mais conservaient toute leur pertinence dans le cas de l'appréciation consensuelle du cas, qui impliquait de se déterminer sur les effets réciproques des différentes atteintes et traitement.

EN DROIT

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

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

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

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

- 3) Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
- 4) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2017, plus particulièrement sur sa capacité de travail à partir du 24 mai 2017, ainsi que sur son statut.
- 5) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).
- 6) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} 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 28 al. 2 LAI).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

b. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de

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

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

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a considéré que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

- 8) a. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au

niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

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 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, 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).

b. En outre, depuis un arrêt du Tribunal fédéral du 11 juillet 2019, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes psychiques à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité d'un point de vue médical (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3 et 6).

Ainsi, ils répondent aux mêmes principes applicables pour tous les autres troubles psychiques (ATF 145 V 215 consid 5.3.1 ; 141 V 281).

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

propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

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 (consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1 p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par

exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

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

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

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il

n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

- 9) 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).
- 10) a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

b. 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.

b/a. 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).

b/b. 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

b/c. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

- 11) 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées). 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).
- 12) 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes

(ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

- 13) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

- 14) a. En l'espèce, dans sa décision du 25 septembre 2018, l'intimé, se ralliant à l'avis des Drs J_____ et K_____ du 19 septembre 2017, ainsi qu'à celui de la Dresse N_____ du 19 avril 2018, a considéré qu'à compter du mois de mai 2017, la recourante avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité.

Cette dernière le conteste en invoquant les avis convergents de ses médecin et psychiatre traitants, ainsi que celui du Dr M_____, en lien avec l'examen neuropsychologique et neurocomportemental effectué le 6 décembre 2018. Elle s'estime pour sa part incapable d'exercer la moindre activité depuis le mois de septembre 2015, sans interruption, et sollicite ainsi l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2017.

b. Dans ce contexte, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante du rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2017.

Au terme de celui-ci, les Drs J_____ et K_____ ont posé le diagnostic avec une répercussion durable sur la capacité de travail, d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, en rémission complète, ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation en continue de sédatifs ou d'hypnotiques, une évolution dysthymique

d'intensité légère et des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant.

Sur le plan rhumatologique, il faut constater que le Dr J_____ s'est écarté des conclusions de la Dresse G_____, en se fondant sur l'avis du Prof. L_____ du 11 mai 2015 retenant un syndrome fibromyalgique au lieu d'une polyarthrite rhumatoïde, et en considérant que le tableau algique n'était pas caractéristique d'une fasciite plantaire. Il a ainsi estimé que la recourante présentait uniquement une fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail. Cependant, dans son rapport subséquent du 1^{er} février 2016, la Dresse G_____ a maintenu ses diagnostics, soit une séropositivité au VIH, la fibromyalgie, un état dépressif, une polyarthrite rhumatoïde et une fasciite plantaire chronique, en indiquant que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient des douleurs articulaires, une fatigabilité et un manque d'élan vital. Dans son rapport du 28 février 2018, la Dresse G_____ a confirmé que l'état de santé de la recourante était identique avant et depuis le mois d'août 2017. En outre, elle a relevé, dans son rapport du 22 octobre 2018, que le SMR n'avait pas retenu d'influence sur la capacité de travail de la fibromyalgie, alors que les douleurs de cette pathologie étaient décrites comme n'étant pas systématiquement reproductibles. Il apparaît en effet que si le Dr J_____ a pris note de cette variabilité au cours de l'examen, il n'en a toutefois pas tenu compte dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. De plus, le constat opéré l'a été uniquement sur la base de l'état de la recourante aux deux seuls jours où elle s'est présentée à l'examen du SMR, tandis que la Dresse G_____ la suit depuis – à tout le moins – le mois de mai 2015. Finalement, aucune description ni appréciation des douleurs de la recourante ne permet d'apprécier en quoi elles ne sont pas représentatives d'une fasciite plantaire et pour quels motifs, celle-ci a été écartée.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse K_____ a retenu que, dans le cadre des douleurs chroniques, de la séropositivité au VIH et de la violence de son mari, la recourante développait une symptomatologie dépressive réactionnelle, alors en rémission complète. En dépit des éléments ressortant du rapport en question, en particulier de l'anamnèse et des plaintes de l'intéressée, selon lesquelles celle-ci n'entretient aucun contact social et se repose principalement sur ses médecins traitants, l'aide sociale et sa fille mineure pour faire face à ses obligations essentielles, la Dresse K_____ a estimé qu'elle restait capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne et d'assumer ses responsabilités, sans se prononcer sur sa fatigabilité. Bien que la Dresse K_____ ait relevé que la plupart du temps, la recourante se sentait déprimée et fatiguée, que tout lui coûtait et rien ne lui était agréable, elle a indiqué que la symptomatologie mentionnée par le Dr F_____ était en rémission complète. Elle n'a toutefois constaté aucune amélioration de l'état de santé de la recourante. Le seul fait que cette dernière était restée assise durant deux heures pendant l'entretien, sans changer de position, lui a permis de retenir qu'elle ne souffrait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni

de ralentissement psychomoteur. Ceci, alors même que le psychiatre traitant a fait part, à réitérées reprises, de troubles thymiques persistants, tels que tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie et anhédonie. La contradiction se poursuit lorsque la Dresse K_____ attribue néanmoins les troubles mentaux et du comportement de la recourante – qu'elle considère dans le même temps comme inexistant – à l'utilisation en continue de sédatifs ou d'hypnotiques, sans examiner si celle-ci s'avérait nécessaire en raison de ses autres pathologies, ni les interférences entre ses différents traitements afin de soigner sa séropositivité au VIH. À cet égard, si les médecins traitants de la recourante s'accordent sur le fait que sa séropositivité au VIH n'affecte pas sa capacité de travail, ils admettent cependant que le traitement y relatif n'est pas sans conséquence sur son état de santé psychologique. Tandis que le Dr M_____ avait préconisé de procéder à un bilan neuropsychologique extensif en raison du pourcentage élevé des patients affectés par le VIH présentant des atteintes neurocognitives, la Dresse N_____ a dénié toute nécessité d'en effectuer un, en prenant pour seule référence les observations de la Dresse K_____. Or, le rapport d'examen neuropsychologique et neurocomportemental des HUG du 6 décembre 2018 a effectivement mis en évidence une fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, une symptomatologie anxio-dépressive, des difficultés au niveau du langage oral, des scores sévèrement déficitaires dans une épreuve de mémoire épisodique verbale, des troubles attentionnels et une altération de la mémoire à court terme. Ainsi, entre le 19 septembre 2017 et le 25 septembre 2018, l'intimé s'est contenté de solliciter un avis du SMR, en refusant à tort toute investigation d'éventuels troubles neurocognitifs alors que cet aspect avait été soulevé par le Dr M_____ avant la notification de la décision querellée.

Quant aux facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le chômage, la situation économique difficile, les compétences linguistiques déficientes, l'âge, le niveau de formation ou les facteurs socio-culturels, ainsi que la démotivation de l'assurée, leur exclusion ne saurait suffire à justifier que la recourante bénéficie des ressources personnelles d'adaptation au changement, ainsi que de ressources disponibles ou mobilisables, du soutien de sa fille, de son médecin, du service social et d'une bonne adhésion à la thérapie. On en veut pour preuve que, malgré sa volonté, son état de santé ne lui a même pas permis d'assister de manière régulière à ses cours de français. C'est sans compter le fait que de se rendre à une consultation médicale constitue déjà pour elle une source de fatigue.

Compte tenu de ce qui précède et de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, force est de constater qu'aucune valeur probante ne saurait être accordée au rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2017, de sorte qu'en l'état, la question de la conformité de celui-ci aux indicateurs jurisprudentiels susrappelés peut souffrir de demeurer indécise.

c. Par conséquent, vu les conclusions contradictoires des médecins du SMR et des médecins traitants de la recourante, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique et rhumatologique de celle-ci. En l'état, il n'apparaît pas nécessaire de

procéder à une expertise par un spécialiste en neurologie ou neuropsychologie ni en médecine interne, mais de tels examens pourraient être ordonnés par les experts, s'ils les estiment nécessaires.

L'expertise psychiatrique sera confiée à la Dresse P_____ et l'expertise rhumatologique, au Dr Q_____, lesquels devront également intégrer dans leurs expertise l'impact de la séropositivité au VIH de la recourante sur ses éventuelles pathologies.

Les questions complémentaires requises par les parties seront intégrées à la mission d'expertise, sous réserve du fait qu'il sera laissé à l'experte psychiatre de décider de la nécessité d'effectuer un bilan neuropsychologique de l'assurée.

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

Statuant préparatoirement

Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____.

Commet à ces fins les docteurs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Expertise psychiatrique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes.
 - d) dire s'il est nécessaire d'ordonner d'autres examens, en particulier :
 - un examen par un neurologue ou un psychoneurologue, en particulier un bilan neuropsychologique (dans la langue maternelle de l'assurée avec des tests de validation des symptômes en cas de suspicion de trouble cognitif) ?
 - un examen par un spécialiste en médecine interne ?
 - e) demander les examens complémentaires nécessaires.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
9. Quels sont les effets secondaires induits par les médicaments pris régulièrement par l'assurée, notamment le traitement psychotrope de l'assurée (benzodiazépines) ?
10. Ces effets secondaires ont-ils une influence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ? Si oui, lesquels ?
11. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
12. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
13. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
14. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
15. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
16. En cas de traitement psychotrope, notamment d'antidépresseurs, vérifier la compliance de l'assurée à l'aide d'un dosage sérologique.
17. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
18. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
19. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
20. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

21. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
22. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
23. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
24. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
25. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
26. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
27. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
28. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 14 août 2009), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.
29. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 - b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
30. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
31. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelle et individuelles des Drs J_____ et K_____ (rapport du 19 septembre 2017)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés.

- b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr F_____ (rapports des 14 octobre 2015, 8 mars 2016, 28 février et 23 octobre 2018) ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
- c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse G_____ (rapports des 1^{er} février 2016, 23 février et 22 octobre 2018)? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
- d) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr M_____ (rapport du 1^{er} mars 2018, en lien avec le rapport d'examen neuropsychologique et neurocomportemental des HUG du 6 décembre 2018)? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
32. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
33. Formuler un pronostic global.
34. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Invite l'experte à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert rhumatologue s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
4. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Expertise rhumatologique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) dire s'il est nécessaire d'ordonner d'autres examens, en particulier :
 - un examen par un neurologue ?
 - un examen par un spécialiste en médecine interne ?
 - e) demander les examens complémentaires nécessaires.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
- 1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes et données subjectives de la personne.
3. Status clinique et constatations objectives.
4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
9. Quels sont les effets secondaires induits par les médicaments pris régulièrement par l'assurée ?
10. Ces effets secondaires ont-ils une influence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ? Si oui, lesquels ?
11. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
12. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
13. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
14. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
15. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
16. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

17. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
 18. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
 19. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
 20. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 14 août 2009), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.
 21. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 - b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
 22. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 23. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelle et individuelles des Drs J_____ et K_____ (rapport du 19 septembre 2017)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés.
 - b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Prof. L_____ (rapport du 11 mai 2015)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
 - c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse G_____ (rapports des 1^{er} février 2016, 23 février et 22 octobre 2018)? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
 24. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
 25. Formuler un pronostic global.
 26. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'experte psychiatre s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

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