RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3985/2020 **ATAS/511/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alexandre GUYAZ	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1983, d'origine portugaise, célibataire et mère d'une jeune fille, a travaillé comme employée de blanchisserie à plein temps, pour un revenu annuel de CHF 44'980.-. Son employeur lui a signifié son congé le 29 juillet 2017, en raison de son absence maladie depuis le 30 janvier 2017 (soit à l'issue du délai de protection contre les congés), avec effet au 30 septembre 2017.

b. Le 12 juin 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'affections somatiques et psychiques.

c. L'assurée a été reçue en entretien à l'OAI le 24 août 2017. Elle avait dit se sentir mieux et espérer trouver un emploi à 100% ou 80% dans la conciergerie ou le nettoyage, ce qui était adapté à son état de santé. Elle avait une tendinite au bras droit depuis qu'elle travaillait à la blanchisserie, soit depuis 2013, des douleurs au dos et à la hanche gauche, ainsi que des palpitations. Avant son licenciement au mois de mai 2017, l'assurée avait demandé à son employeur de pouvoir reprendre le travail à 50%, mais ce dernier lui avait fait savoir qu'elle devrait être « tournante » et reprendre à 100%, ce qui ne lui avait pas convenu. Elle était triste de ne plus avoir de travail, mais soulagée de ne plus travailler pour son ancien employeur. Elle regardait les offres d'emplois. Elle souhaitait être concierge dans un immeuble et ne plus avoir de contact avec des clients.

d. L'OAI a procédé à l'instruction du cas et a recueilli, notamment, les éléments suivants :

- un rapport du 2 mars 2017 de la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle suivait l'assurée depuis le 21 novembre 2016 et retenait le diagnostic d'épisode dépressif sévère, avec des idées suicidaires fluctuantes. Lors de la première consultation, l'assurée présentait un état d'épuisement physique et psychique majeur, une anxiété majeure, une baisse de l'élan vital avec des idées noires et suicidaires fluctuantes, mais ne passerait pas à l'acte pour sa fille. Elle se sentait ralentie et épuisée aux entretiens et avait des troubles du sommeil et de l'appétit. L'assurée avait subi un épuisement progressif physique et psychique évoluant depuis environ un an, elle avait un mal-être de longue date lié à son enfance, à l'origine d'une vulnérabilité, une relation de couple peu satisfaisante (conjoint peu aidant et soutenant), des problèmes de logement, des difficultés sur le plan professionnel et financier. La Dre B_____ avait mis l'assurée en arrêt de travail dès le 30 janvier 2017. L'assurée avait ensuite été hospitalisée à la Clinique de Montana du 7 au 21 février 2017. Elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique hebdomadaire et d'un traitement

médicamenteux. L'assurée souhaitait reprendre son travail à moyen terme, mais pour le moment son état ne pouvait permettre de l'envisager.

- un formulaire du 22 juin 2017 dans lequel la Dre B_____ indiquait que sa patiente présentait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et des limitations fonctionnelles liées à de la fatigue persistante, un manque d'énergie et de motivation et une faible résistance au stress au travail. Elle ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle, mais commençait à envisager d'autres perspectives professionnelles, de sorte qu'il fallait réévaluer la capacité dans une activité adaptée. Sa patiente percevait alors des indemnités de l'assurance perte de gain.
- un rapport du 4 août 2017 dans lequel la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que le diagnostic d'état dépressif chronique avait un effet sur la capacité de travail, au contraire des migraines, des céphalées de tension et de la périarthrite de la hanche gauche qui n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Les symptômes et limitations fonctionnelles se présentaient sous forme d'asthénie, de tristesse, de perte de l'élan vital, d'insomnies et d'irritabilité. Ce médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail, mais renvoyait à l'avis de la Dre B_____.
- un rapport du 23 août 2017 de la doctoresse D_____, médecin généraliste, qui suivait l'assurée depuis le 21 avril 2016 et qui retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : cervico-dorso-lombalgies aigues sur troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, fibromyalgie, état anxio-dépressif récurrent avec crises de panique, goître, tendinite à l'épaule droite récidivante et épicondylite du coude droit, vertiges sur hypotension orthostatique, asthme. Sans effet sur la capacité de travail, elle retenait les diagnostics de lombosciatalgies droites, de kyste au poignet droit et de périarthrite de la hanche gauche. Le traitement se composait de prise de médicaments, physiothérapie et séances de psychothérapie. L'état de santé de sa patiente, tant sur le plan physique que psychique, ne permettait pas à cette dernière de travailler. Elle était en arrêt de travail à 100% selon la psychiatre traitante.
- un rapport de la fondation IPT, Intégration pour tous, où l'assurée a suivi un module du 8 janvier au 2 février 2018, duquel il ressort qu'elle s'était montrée très investie et motivée durant le module de formation et cela malgré des problèmes de logement qui la préoccupaient. Elle s'était intéressée aux outils présentés et avait posé des questions afin d'améliorer son discours, par exemple. Elle devait travailler sur la confiance en elle et sur la communication pour être plus convaincante. Elle était capable de travailler seule, mais appréciait le travail en équipe. L'environnement de travail ne devait pas être trop stressant.

- un rapport du 29 juin 2018 des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) selon lequel l'assurée avait suivi un stage en vue d'une mesure en orientation professionnelle, du 4 juin au 29 juin 2018. Elle ne pouvait pas porter de charge ou exécuter des gestes répétitifs (repassage) pendant une longue période. Elle devait se reposer un moment avant de continuer. Elle ne pouvait pas rester debout ou assise longtemps. L'assurée avait fourni du travail avec une bonne rapidité et de qualité satisfaisante répondant aux attentes de l'atelier qui était cependant dans un environnement adapté. Elle comprenait et assimilait rapidement les consignes et avait accompli ses tâches avec succès. Elle était autonome, s'était très bien entendue avec l'équipe, communiquait aisément et de manière professionnelle. Elle avait fait son maximum pour rendre le travail attendu en tendant de s'investir énormément. Les responsables du stage lui avaient dit de ralentir et d'écouter ses douleurs. En raison de ses atteintes à la santé, la cible professionnelle réaliste immédiatement possible était un métier dans la buanderie en environnement adapté, et avec une mesure sur 6 mois maximum, les cibles d'ouvrière à l'établi pour des travaux fins ou d'ouvrière en couture étaient réalistes.

- un avis du 26 juillet 2018 du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), soit pour lui le docteur E_____, qui constatait que l'assurée était en incapacité totale de reprendre son activité habituelle, mais pouvait reprendre une activité adaptée à ses limitations (pas de port de charges lourdes, pas de travail du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas de porte-à-faux du rachis, pas de stations statiques prolongées, pas d'activité à responsabilité) dès le 22 juin 2017 (incapacité totale de travail attestée par la psychiatre traitante jusqu'au 21 juin 2017). L'assurée présentait une incapacité de travail depuis le 30 janvier 2017 pour une problématique somatique et psychique. D'un point de vue somatique, elle présentait depuis plusieurs années des dorso-lombalgies chroniques sur une scoliose cervico-dorso-lombaire et des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann. Il existait également une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une bursite sous acromial de l'épaule droite. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée avait développé un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) dans un contexte de tension au travail et de difficultés familiales ; elle était suivie par la Dre B_____ qui estimait que la reprise d'activité dans le poste actuel n'était pas envisageable.

- un rapport du 11 octobre 2018 du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui indiquait qu'à l'examen clinique, il avait constaté chez l'assurée que la mobilisation cervicale et lombaire dans toutes les directions provoquait des rachialgies diffuses, que la palpation de toutes les apophyses épineuses cervicales, dorsales et lombaires était douloureuse, que la musculature para-vertébrale était souple, mais aussi diffusément

douloureuse, que les tests du trépied et de Mennel étaient douloureux au niveau du bassin avec manœuvre de Faber indolore. Il constatait également la présence de quinze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit. L'assurée avait des séances de physiothérapie à sec et en piscine et prenait un traitement médicamenteux. Elle présentait des douleurs diffuses, évoquant plutôt un tableau de rachialgies communes (une diminution du seuil douloureux de type fibromyalgie), mais des investigations supplémentaires étaient encore nécessaires en raison de la présence d'un syndrome inflammatoire biologique léger, mais significatif.

- un rapport du 1er novembre 2018 dans lequel le Dr F_____ a exposé que malgré la physiothérapie à sec et en piscine, la situation médicale n'avait pas évolué. Il n'avait plus d'argument en faveur de rachialgies spécifiques, malgré la présence sur le premier bilan sanguin d'un léger syndrome inflammatoire biologique, et concluait à des lombalgies communes. À l'examen clinique, il constatait la présence de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit, sans douleur spontanée en dehors de la colonne lombaire.

- un rapport du 9 janvier 2019 de la Dre D_____, laquelle rappelait les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aigues sur troubles statiques de la colonne lombaire, sur discopathie L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, de fibromyalgie, d'état anxio-dépressif récurrent avec crises de panique, du goître, de tendinite à l'épaule droite récidivante et d'épicondylite du coude droit, de vertiges sur hypotension orthostatiques, d'asthme, de lombosciatalgies droites, de kyste au poignet droit, de périarthrite de la hanche gauche, et y ajoutait ceux de syndrome des jambes sans repos, d'apnées du sommeil et de bruxisme. L'assurée se plaignait d'une aggravation de son état de santé avec persistance de douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et des articulations de façon quasi permanente. Malgré les traitements médicamenteux, de physiothérapie et les séances de psychothérapie, il n'y avait pas d'amélioration. Son état de santé ne lui permettait pas de travailler et elle était en arrêt de travail à 100%.

- un rapport du 16 janvier 2019 de la Dre B_____, retenant un trouble dépressif récurrent (F33.1), avec comme évolution une persistance d'une symptomatologie dépressive. Les symptômes étaient alors des troubles de la concentration, une fatigabilité, une tristesse et de l'anxiété. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, mais une reprise dans une activité adaptée était envisageable selon un taux à définir mais entre 50% et 80%.

- un rapport du 27 février 2019 des EPI selon lequel l'assurée avait suivi une mesure en orientation professionnelle, dont il ressortait que la position la mieux tenue était celle assise, sur un poste adapté, mais que malgré ces adaptations, les interruptions de l'assurée pour se soulager le dos, la nuque et les épaules étaient fréquentes et le rendement était significativement

inférieur aux exigences du milieu économique ordinaire, même sur une activité légère et simple. Les arrêts de travail induisaient une baisse de la concentration générant un déficit au niveau de la précision. Au fil des semaines, l'assurée paraissait de plus en plus fragilisée par son état émotionnel et ses douleurs. La seconde moitié de la mesure s'était déroulée à 50% et non à 100%, mais aucun effet positif sur les limitations fonctionnelles et le rendement n'avait été constaté ; l'assurée avait tenu la position assise durant deux heures seulement, avec des courtes alternances pour se détendre le dos et était fatiguée à l'issue des demi-journées de travail ; les activités requérant une élévation des bras au-dessus de l'établi n'étaient pas adaptées aux limitations de l'assurée laquelle était limitée par un manque de polyvalence, n'ayant pas la possibilité de travailler durablement en position debout ou de rester assise sans alternance.

- un avis du SMR du 13 mars 2019, à teneur duquel l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'employée de blanchisserie dès le 30 janvier 2017, en raison de dorso-lombalgies sur des troubles statiques du rachis et de séquelles de la maladie de Scheuermann, associées à des douleurs de l'épaule droite sur une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une bursite sous acromiale. L'assurée avait par ailleurs présenté un épisode dépressif sévère réactionnel à des difficultés familiales et professionnelles justifiant une incapacité de travail totale de janvier à juin 2017. Dans une activité adaptée, l'exigibilité était à nouveau entière dès le 22 juin 2017. L'assurée avait bénéficié de mesures de réadaptation aux EPI dans une activité adaptée légère, initialement à 100% ; en raison d'une recrudescence des douleurs axiales et des épaules, la mesure s'était déroulée par la suite à 50%, cependant sans amélioration de la symptomatologie. Le médecin traitant attestait toujours une incapacité de travail totale dans toute activité en raison des douleurs rachidiennes et articulaires, devenues quasi permanentes, dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs du rachis, mais également de fibromyalgie. L'assurée présentait par ailleurs un discret syndrome d'apnée du sommeil, associé à un syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs. Selon le Dr F_____, l'assurée souffrait de lombalgies communes sans syndrome lombo-vertébral et de fibromyalgie. En conclusion, dans ce contexte d'évolution défavorable de la symptomatologie douloureuse, le SMR proposait d'interroger les Drs F_____ et B_____.

- un rapport du 1er avril 2019, dans lequel le Dr F_____ indiquait n'avoir pas revu l'assurée depuis sa consultation du 1er novembre 2018, de sorte qu'il ne pouvait pas évaluer l'évolution de la situation depuis lors. Il retenait le diagnostic de lombalgies communes chroniques et n'avait pas constaté de limitation de la mobilité lombaire avec toutefois une mobilisation tant cervicale que lombaire dans toutes les directions provoquant des rachialgies

diffuses. L'assurée avait aussi des douleurs à la palpation de toutes les apophyses épineuses cervicales, dorsales et lombaires, avec une musculature para-vertébral douloureuse bien que souple. Il n'y avait donc pas de limitation objective si ce n'était des limitations pour des ports de charges lourdes et des mouvements répétitifs du rachis, ainsi que des positions en porte-à-faux lombaire prolongées à cause de ses douleurs. Dans la mesure où il y avait une nette discordance entre l'intensité des plaintes, un examen clinique ne révélant pas de limitation objective de la mobilité rachidienne et un bilan radiologique n'apportant pas d'argument en faveur de rachialgies spécifiques, le pronostic des douleurs et des plaintes rachidiennes était mauvais. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 100% dans une activité légère et sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles. Une telle activité était possible depuis le mois de septembre 2018 et devrait permettre à l'assurée de ne pas porter de charges lourdes, d'éviter des mouvements répétitifs du rachis et les positions statiques, par exemple en porte-à-faux lombaire ou en hyperextension, en hyperflexion de la colonne, et de changer régulièrement de position. Le pronostic du point de vue des douleurs était mauvais, le Dr F_____ craignant que, quel que soit le type d'activité proposée, il y aurait des plaintes de douleurs importantes conduisant à des demandes d'incapacité de travail à répétition.

- un rapport du 10 avril 2019, dans lequel la Dre B_____ retenait le diagnostic de trouble dépressif persistant avec une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère. Comme facteurs de stress étaient évoqués un contexte de vie difficile, des difficultés financières, des problèmes de logement et de couple, ainsi que des difficultés sur le plan professionnel. Malgré un suivi psychiatrique hebdomadaire et l'adaptation régulière du traitement psychotrope, l'évolution clinique était défavorable en raison des multiples limitations sur le plan physique qui avaient un impact négatif sur le moral de l'assurée. Si la patiente n'avait pas souffert sur le plan physique, la reprise d'une activité dans un environnement peu stressant aurait été envisageable et même favorable sur le plan psychique.
- un avis du 6 juin 2019 du SMR qui estimait que d'un point de vue rhumatologique, les conclusions du 26 juillet 2018 demeuraient valables, à savoir que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2017 et entière dans une activité adaptée depuis juin 2017. L'assurée n'avait pas de suivi régulier et le rhumatologue F_____ avait noté une discordance entre les plaintes et ses observations cliniques. D'un point de vue psychiatrique, il était nécessaire d'examiner le trouble psychosomatique sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels en cours. S'agissant de la capacité de travail, il était nécessaire de distinguer ce qui relevait des atteintes à la santé de ce qui était imputable aux facteurs de stress extra-médicaux. Dans ce contexte, une expertise psychiatrique était sollicitée.

e. Sur mandat de l'OAI, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi l'expertise psychiatrique requise par le SMR. Il a rendu son rapport le 14 octobre 2019. L'expert a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis janvier 2019 au présent, avec des troubles dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques (F33.2) présents entre janvier 2017 et décembre 2018 ; des troubles paniques avec attaque de panique hebdomadaire quotidienne selon les périodes depuis 2017 au présent (F41). Il retenait également comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail : des traits de la personnalité émotionnellement labile est dépendante alors non décompensé (Z73.1), étant précisé que ce trouble n'avait pas empêché la gestion adéquate du quotidien en dehors des épisodes dépressifs récurrents et paniques et des troubles somatoformes douloureux persistant (F45.4).

L'expert a notamment examiné la question des plaintes somatiques de l'assurée et a indiqué suspecter une somatisation, un trouble somatoforme douloureux persistant ou une entité apparentée, en raison des douleurs intenses, probablement sans substrat organique suffisant, dont se plaignait l'assurée. Sans être expert somaticien, il ne pouvait pas confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, mais cette entité diagnostique apparaissait comme probable vu le contexte somatique ne pouvant pas expliquer les douleurs. Le Dr G_____ a alors passé en revue les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ou, pour une entité apparentée, mais aussi pour des troubles dépressifs récurrents modérés avec syndrome somatique. Il est arrivé à la conclusion que les indices étaient partiellement remplis depuis janvier 2019 au présent, essentiellement en raison d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique persistant et des troubles paniques, persistant malgré une prise en charge psychiatrique, avec un traitement relativement adéquat. L'expert constatait une évolution stationnaire des épisodes dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique et des attaques de panique depuis janvier 2019 au présent, malgré un suivi psychothérapeutique et pharmacologique adéquats. Ces atteintes avaient provoqué des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées dans le sens d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives chez une assurée qui gérait l'administratif et sa fille, d'une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modérée, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel, et avec des attaques de panique hebdomadaires ou quotidiennes selon les périodes. Les symptômes décrits étaient compatibles avec les limitations susmentionnées et la compliance aux traitements proposés était bonne. Les plaintes étaient plausibles et l'expert ne retenait pas d'exagération consciente de celles-ci, ni de discordance entre celles-ci et l'examen clinique. Aucune incohérence n'était retenue chez une assurée authentique, qui n'exagérait pas la journée type ou les activités encore possibles ; la seule incohérence étant la demande de rente à 100% en l'absence de limitations

fonctionnelles psychiatriques sévères, car l'assurée arrivait à gérer son quotidien, les courses, le ménage, sa fille, à partir en vacances, à réaliser l'administratif, ce malgré une fatigue qui avait pour conséquence que tout lui prenait plus de temps. Il n'existait pas de discordance entre la journée type et les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents sévères retenus surtout en 2017 et 2018 par la psychiatre traitante ou lors de l'hospitalisation à Montana et de troubles dépressifs récurrents moyens décrits par la psychiatre traitante en janvier 2019. De plus, l'absence d'un suivi psychiatrique plus fréquent que bimensuel (elle a eu un suivi psychologique hebdomadaire en 2017 et une partie de 2018), sans nouvelles hospitalisation en psychiatrie depuis 2019, sans changement d'antidépresseur et avec des vacances possibles dès 2019, plaidait aussi pour une amélioration symptomatique dans le sens d'un trouble dépressif moyen depuis janvier 2019. Les ressources étaient faibles, mais existantes, en raison des limitations fonctionnelles modérées, mais significatives. La coopération de l'assurée était bonne, de même que la compliance au traitement proposé pour le suivi psychiatrique et pour le traitement antidépresseur prescrit. D'un point de vue purement psychiatrique, la capacité de travail était nulle entre janvier 2017 et décembre 2018 dans toute activité et, depuis janvier 2019, elle était de 50%, sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle, en raison d'un ralentissement psychomoteur. Toutefois, la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée dans un an, étant précisé que le traitement pharmacologique pouvait être amélioré.

f. Par avis du 6 février 2020, le SMR a suivi les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique et renvoyé, pour le surplus, à son avis du 26 juillet 2018.

g. Par décision du 27 octobre 2020, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière et d'une rente pour son enfant du 1er janvier 2018 au 28 février 2019, puis d'un quart de rente et la rente y relative pour son enfant dès le 1er mars 2019. La décision retenait que le statut de l'intéressée était celui d'une personne se consacrant à temps complet à une activité professionnelle, dont la capacité de travail et de gain était de 0% dès le 1er janvier 2018 et jusqu'au 28 février 2019, ce qui ouvrait le droit à une rente pleine. En revanche, dès le 1er mars 2019, l'intéressée jouissait d'une capacité de travail de 50% et avait dès lors droit à un quart de rente. À la suite des mesures professionnelles octroyées à l'intéressée entre novembre 2018 et le 24 février 2019, la comparaison du gain sans invalidité (CHF 46'409.-) et avec invalidité (CHF 27'522.-) montrait une perte de revenu de CHF 18'886.-, équivalent à 40.7% ou arrondi à 41% d'invalidité. Les limitations fonctionnelles de l'intéressée ne causaient pas de perte de rendement. L'OAI relevait enfin que d'un point de vue somatique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, ce qui était conforme aux avis des médecins traitants de l'intéressée. Un recours pouvait être formé contre cette décision, laquelle ne faisait pas mention de l'effet dudit recours.

B. **a.** Par acte du 26 novembre 2020, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de

justice (ci-après : CJCAS), concluant à titre préjudiciel à ce que la rente d'invalidité déterminée par la décision attaquée continue de lui être versée malgré le recours, et, au fond, à la réforme de la décision du 27 octobre 2020, en ce sens qu'elle serait mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er mars 2019 ou subsidiairement à une rente de 52.77% dès le 1er mars 2019.

S'agissant de la conclusion prise « à titre préjudiciel », la recourante relevait que l'intimé n'avait pas retiré l'effet suspensif au recours dans la décision attaquée, mais sollicitait qu'il continue à verser la rente durant la procédure de recours. L'admission du recours conduirait la chambre de céans à reconnaître une rente plus élevée que celle qui serait versée selon la décision attaquée. L'intimé ne subirait ainsi aucun préjudice.

À titre de réquisition de preuve, la recourante sollicitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et orthopédique, subsidiairement, d'une expertise orthopédique et rhumatologique, avec un consilium entre les experts psychiatre, orthopédiste et rhumatologue.

À l'appui de sa position, la recourante produisait un rapport du 24 novembre 2020 de la Dre D_____, laquelle rappelait la suivre principalement pour des rachialgies, des troubles de l'épaule et du coude droit, ainsi que pour des vertiges sur hypotension orthostatique. Elle confirmait les diagnostics retenus dans son rapport du 23 août 2017 et indiquait que la recourante avait bénéficié de nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapies sans amélioration notable sur le plan clinique. Celle-ci faisait des décompensations très fréquentes tant sur le plan physique que psychique. Elle était à l'arrêt de travail complet en raison de ses pathologies somatiques et psychiques ; son état de santé actuel ne lui permettait pas de travailler tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation adéquate sur le plan clinique.

b. Invité à se déterminer, l'OAI a conclu, par réponse du 23 décembre 2020, au rejet du recours, sans se prononcer sur l'effet suspensif.

D'un point de vue somatique, la recourante présentait depuis plusieurs années des dorsaux lombalgies chroniques sur une scoliose cervico-dorso-lombaire et des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann. Il ressortait du dossier qu'elle ne bénéficiait pas d'un suivi régulier ni d'un traitement spécifique. Le rhumatologue traitant retenait les diagnostics de lombalgie commune chronique et de fibromyalgie, relevait une discordance entre l'intensité des plaintes algiques et les constats objectifs radio cliniques et biologiques qui étaient rassurants et concluait à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos et du membre supérieur sans baisse de rendement. Contrairement à ce qui était allégué par la recourante, le SMR avait bien pris en compte les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte somatique dans son évaluation de la capacité de travail et il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise somatique. Au vu de l'aggravation

de la symptomatologie douloureuse dans un contexte de fibromyalgie, une expertise psychiatrique avait été réalisée, laquelle remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Cette expertise permettait de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, que la recourante avait une capacité de travail de 50%. Celle-ci ne faisait pas valoir d'élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise ou du SMR, puisqu'elle se limitait à souligner des divergences d'opinions relatives à l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle sans toutefois mettre en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. Il produisait en sus de sa réponse un nouvel avis du SMR du 11 décembre 2020, selon lequel il fallait considérer que le rapport de la Dre D_____ du 24 novembre 2020 n'apportait pas d'élément médical objectif nouveau. Le SMR avait pris en compte ces diagnostics pour se prononcer sur la capacité de travail et s'était basé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique et, sur le plan rhumatologique, sur le rapport médical du 1er avril 2019 du Dr F_____, et estimait que les autres atteintes – à savoir l'asthme, le goître et l'hypotension orthostatique – ne pouvaient pas être considérées comme incapacitantes sur le long terme. Le médecin traitant n'amenait aucun élément d'anamnèse, de status ou d'examens complémentaires permettant de retenir un nouveau diagnostic ou de reconnaître une aggravation de l'état de santé. Dès lors, le SMR considérait que son dernier avis restait valable.

c. Par arrêt incident du 11 janvier 2021, la chambre de céans a retiré l'effet suspensif au recours contre la décision du 27 octobre 2020.

d. Par échange d'écritures des 1er et 23 février 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

e. Le 11 mars 2021, la recourante a fait encore valoir des déterminations.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

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

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]).

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

2.

2.1 Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

2.2 En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 27 octobre 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière au-delà du 28 février 2019, singulièrement sur le taux d'invalidité à retenir dès cette date.

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

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

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

3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les

douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

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

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

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

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

compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

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).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimé a reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité du mois de janvier 2017 (donnant droit à une rente dès la fin du délai d'un an, soit dès le 1er janvier 2018) au 28 février 2019 et, dès le 1er mars 2019, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, se fondant sur l'avis du SMR, lui-même fondé sur le rapport du Dr F_____ pour le volet somatique et sur le rapport d'expertise psychiatrique du 10 octobre 2019 pour celui psychique.

4.2 La recourante conteste la position de l'intimé et l'avis du SMR. Elle estime que ces derniers ne pouvaient pas reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise, laquelle est incomplète, puisque dépourvue d'un volet somatique, et que l'intimé aurait dû instruire davantage le plan des atteintes physiques, par le biais d'une

expertise. Par ailleurs, elle fait valoir que le SMR ne pouvait retenir, comme il l'a fait, les conclusions du Dr F_____, qu'elle considère étranges.

4.3 En l'occurrence, les atteintes somatiques retenues par le médecin du SMR, par le Dr F_____ - interrogé en sa qualité de rhumatologue -, et par le médecin généraliste de la recourante concordent.

Les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur une scoliose cervico-dorso-lombaire et des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une bursite sous acromiale de l'épaule droite ne sont pas contestés, le SMR les retenant à l'instar du médecin généraliste de la recourante. Le rhumatologue interrogé dans ce dossier, le Dr F_____, a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans nier les diagnostics retenus par le généraliste traitant, mais en nuançant leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante. La capacité de travail selon ce spécialiste est pleine dans une activité légère et sédentaire respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée. S'il indique que le pronostic est mauvais du point de vue des douleurs, craignant que, quelle que soit l'activité, il y ait des plaintes de douleurs importantes, conduisant à des demandes d'incapacité de travail à répétition, c'est en exposant que les plaintes de la recourante ne sont pas fondées sur des substrats organiques et exagérées.

Le Dr F_____ a relevé des limitations qui ont également été relevées lors des stages EPI, de sorte qu'il a nié la possibilité pour la recourante de reprendre sa précédente activité à la blanchisserie tout en considérant que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique. Il a par ailleurs investigué les éléments en faveur d'une inflammation qui se sont en fin de compte révélés dans la norme. Il a enfin relevé une discordance entre les plaintes et le résultat de ses examens. Au vu de ces explications, cet avis de spécialiste en rhumatologie est convaincant et l'emporte sur l'avis du Dr D_____, médecin généraliste traitant. La recourante a toujours affirmé vouloir reprendre une activité compatible avec ses douleurs au dos et au bras et les mesures qu'elle a suivies ont mis en évidence les limitations dues aux atteintes somatiques. Enfin, il existe des activités adaptées auxdites limitations dans le marché actuel du travail, le Tribunal fédéral considérant qu'un marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités compatibles avec les restrictions présentées par la recourante et accessibles sans aucune formation particulière.

Pour ces raisons, les avis du Dr F_____ et du SMR sont probants et ne sauraient être remis en cause au seul titre que l'avis du médecin généraliste traitant diverge sur la capacité de travail pouvant être exigée de sa patiente. Le dossier ne met pas en évidence d'éléments médicaux développés fondés et probants d'un spécialiste qui aurait suivi la recourante et qui remettrait en cause l'avis du Dr F_____. L'on ne saurait dès lors suivre la recourante quant à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique ou pluridisciplinaire.

S'agissant de l'expertise psychiatrique du 10 octobre 2019, force est de constater tout d'abord que formellement, ce rapport remplit les exigences requises par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il contient une anamnèse, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques et une discussion générale du cas.

L'expert a rappelé au terme de l'anamnèse que l'expertisée s'était principalement plainte de douleurs diffuses depuis 2017 et qu'accessoirement de tristesse, de fatigue importante et d'une prise de poids importante depuis 2017. Elle estimait devoir recevoir une rente de l'OAI de 100%, ou de 50% si l'OAI pouvait lui trouver un emploi à 50%. L'expertisée a signalé une amélioration thymique partielle depuis le début 2019. Elle avait pu partir en vacances, faire ses activités ménagères et les courses, s'occupait adéquatement de sa fille et pouvait réaliser des activités physiques légères. Sur demande, l'expertisée avait mentionné des troubles de la concentration et de la mémoire, de la tristesse modérée et des attaques de panique hebdomadaire et des troubles du sommeil. L'expert n'a pas retenu d'anxiété généralisée au vu des plaintes exprimées par l'expertisée laquelle ne se sentait pas sur la brèche en permanence, mais avait des attaques de panique ponctuellement. Pour le surplus, elle se plaignait de fatigue et d'une mauvaise estime de soi, d'idées noires sans désir de passage à l'acte, une baisse d'appétit sans perte pondérale et sans idée de culpabilité. L'expert n'a dès lors pas retenu de troubles psychotiques, de flashback, de symptômes d'évitement, d'hypervigilance, de trouble obsessionnel compulsif, d'aboulie, mais une anhédonie partielle et non totale. L'éclosion de l'épisode dépressif en lien avec des difficultés professionnelles et une fibromyalgie est survenue en 2017. Une amélioration a été constatée dès le début 2019 par l'expertisée, laquelle se disait bien soutenue par son entourage, au bénéfice d'un suivi psychiatrique régulier, avec médication. L'expertisée voyait sa maladie comme une souffrance qui l'empêchait de voir son avenir professionnel sereinement et handicapant pour sa vie professionnelle. Elle gérait ses troubles dans sa vie quotidienne avec difficultés en raison de la fatigue qui la ralentissait dans ses activités. Comme stratégie, elle jouait avec sa fille pour se changer les idées. Elle était pessimiste pour l'évolution de la situation. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a pas relevé de discordance entre les plaintes de l'expertisée, laquelle avait elle-même indiqué qu'elle se sentait mieux notamment déjà en août 2017 (la tendinite du bras droit ne l'ayant pas empêchée de travailler dans la blanchisserie entre 2013, début de l'atteinte, et la fin de son contrat de travail), et ses observations.

Au vu du diagnostic de trouble dépressif d'intensité moyenne (avant : sévère entre janvier 2017 et décembre 2018) qu'il a retenu et de l'évocation dans le dossier, notamment dans les rapports du Dr F_____, d'éléments en faveur d'une fibromyalgie et de trouble somatoforme, l'expert a passé en revue les critères diagnostics et les critères d'évaluation de ces troubles sur la capacité de travail de l'expertisée, étant rappelé que ces deux troubles présentent de nombreux points

communs et que leur caractère invalidant doit être évalué selon les mêmes principes jurisprudentiels (cf. ATF 132 V 65, consid 4), pour parvenir à la conclusion que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant avec indices de gravité jurisprudentiels partiellement remplis actuellement était sans répercussion sur la capacité de travail. Contrairement à l'avis de la psychiatre traitante qui estimait dans son rapport du 10 avril 2019 qu'une reprise de l'activité professionnelle aurait été possible sur le plan psychiatrique et d'ailleurs bénéfique, en l'absence d'atteinte physique, l'expert a considéré que seule une activité à 50% pouvait être reprise dès le début 2019. Cette conclusion apparaît convaincante au vu des éléments relevés dans l'expertise quant aux atteintes psychiques retenues. L'expertise psychiatrique fouillée et détaillée sur la base de laquelle l'OAI s'est fondé pour allouer à la recourante une pleine rente d'invalidité entre janvier 2018 et février 2019, puis une demi-rente dès le 1er mars 2019 est cohérente et parfaitement convaincante. Elle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et l'emporte sur les autres avis au dossier en particulier sur ceux du médecin généraliste traitant et de la psychiatre traitante.

Au vu de ce qui précède et par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.

La recourante se plaint par ailleurs du fait que l'OAI n'a pas retenu d'abattement sur le revenu d'invalide retenu pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il n'est toutefois pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité lorsque le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). Tel est notamment le cas lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, par exemple lorsque l'assuré conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, comme en l'espèce. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de référence, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. L'abattement ne doit alors pas être additionné au taux d'incapacité de travail, mais être appliqué au revenu d'invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et 5.2).

À cet égard, force est de constater que les atteintes psychiques justifient à teneur de l'expertise une incapacité de 50% sans qu'un abattement ne soit à prendre en considération, les atteintes somatiques ne limitant pour leur part pas la capacité de travail. Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations

fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré, ce qui est le cas en l'occurrence. La chambre de céans constate en conséquence, au vu de la capacité de travail de 50% retenue, que la condition pour retenir un abattement supplémentaire au revenu avec invalidité n'est pas donnée.

Eu égard à ce qui précède, les griefs de la recourante ne sont pas fondés et son recours doit être rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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