RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4254/2019 **ATAS/84/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 3 février 2022

5ème Chambre

En la cause

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

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____1965, est arrivée à Genève en 1981, puis a obtenu la nationalité suisse. Elle a travaillé comme vendeuse caissière dans une grande surface puis a été assistante de bureau à l'office des poursuites et enfin a travaillé à la Poste comme distributrice de courrier jusqu'en 2003, année lors de laquelle elle s'est cassé le bras suite à un accident de vélo.

b. En 2008, on lui a diagnostiqué une infection du bacille de la tuberculose dans les vertèbres cervicales (maladie de Pott), suite à quoi l'assurée a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 31 juillet 2008. À la demande de l'OAI, un rapport d'expertise a été rendu par le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Se fondant sur le rapport médical de son service médical régional (ci-après : le SMR) et sur l'expertise du Dr B_____, l'OAI, par projet de décision du 14 août 2014, a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1er janvier 2009 et a proposé d'octroyer à cette dernière une demi-rente d'invalidité, prenant en compte le revenu d'une femme exerçant une activité administrative à 100 %, de niveau 4. Sur contestation du mandataire de l'assurée et après consultation de son SMR, l'OAI a confirmé par décision du 16 juillet 2015 les termes et la motivation du projet de décision du 14 août 2014, considérant qu'aucun élément médical n'était de nature à modifier la décision.

c. Par courrier du 5 octobre 2015, l'assurée a demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision du 16 juillet 2015, se fondant sur l'avis de son médecin traitant, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne, qui par courrier du 8 septembre 2014, avait considéré que le taux d'invalidité de 50 % n'était pas conforme à la réalité et qu'il fallait admettre que la capacité de travail de l'assurée était nulle.

d. L'OAI a considéré que la démarche de l'assurée équivalait à une deuxième demande de prestations invalidité et a repris l'instruction du dossier. Par courrier du 19 novembre 2015 adressé à la Dresse C_____, le docteur D_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a rendu un rapport dans le cadre de la consultation spécialisée du rachis du 17 novembre 2015, posant le diagnostic de cervicalgies chroniques dans un contexte de spondylose dès C0 – C4 en 2009, en raison d'une instabilité secondaire à une tuberculose. Il était mentionné que l'assurée semble avoir développé des symptômes compatibles avec un syndrome dépressif, avec asthénie, aboulie et perte de l'élan vital. Le Dr D_____ concluait que l'évaluation effectuée lors de la consultation lui faisait penser qu'il existait une incapacité de travail à 100 %, même dans un poste adapté.

e. Par avis médical du 24 mai 2016, sous la plume de la doctoresse E_____, le SMR a considéré qu'au vu des pièces médicales, une aggravation semblait plausible et par avis médical du 23 mai 2017, le SMR s'est déterminé en faveur d'une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, considérant ladite expertise comme incontournable.

f. Sur mandat de l'OAI, une expertise bi-disciplinaire a été ordonnée ; elle a été confiée au docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute, ainsi qu'au docteur G_____, rhumatologue.

g. L'expert psychiatre a rendu un rapport d'expertise du 31 janvier 2019 dans lequel il a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F 32.00) existant vraisemblablement depuis 2012, avec tristesse et humeur dépressive, sentiment de dévalorisation et de découragement, manque d'élan vital. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici ou dans une activité adaptée était, d'un point de vue médical, de 100 %. L'expert rhumatologue a rendu un rapport d'expertise du 14 mai 2019, dans lequel il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec discopathie en C3 – C4, C4 – C5 et status post décompression C0 – C1 et fixation C0 – C4 pour maladie de Pott en 2008. Il a considéré que la capacité de travail dans une activité habituelle d'employée de bureau ou dans une activité adaptée était de 60 % avec une diminution de performance de plus de 10 % en raison de sa longue inactivité professionnelle et du long vécu douloureux, devenu chronique. Une éventuelle activité adaptée devait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes, pas de ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et éviter les mouvements répétitifs de flexion – extension de la colonne cervicale. Il considérait également que la capacité de travail devait bien évoluer à l'avenir. À l'issue du consilium entre les deux experts, ceux-ci ont considéré qu'en raison du fait qu'il n'existait pas d'incapacité psychique, seule l'incapacité sur le plan somatique devait être prise en compte et que la capacité de travail dans une activité adaptée était estimée à 60 %, avec diminution du rendement de 10 %.

h. Par rapport final subséquent du 5 juin 2019, le SMR de l'OAI a résumé la situation et les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire. Le SMR a considéré qu'il n'y avait plus d'activité habituelle depuis 2006 et que l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1er janvier 2009. Les limitations fonctionnelles étaient celles qui avaient été retenues par l'expert rhumatologue.

B. **a.** Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision du 6 juin 2019 de refus d'augmentation de la rente invalidité au motif qu'après instruction médicale, il n'existait pas d'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail et que le degré d'invalidité donnait droit à la même rente qui avait été versée jusqu'à présent, soit le droit à une demi-rente. L'assurée a contesté le projet de décision et

a communiqué à l'OAI un courrier de la Dresse C_____ du 2 septembre 2019 par lequel cette dernière considérait que l'état dépressif de sa patiente devait être jugé plus important que le psychiatre ne l'avait fait dans l'expertise bi-disciplinaire et a recommandé qu'une prise en charge psychothérapeutique soit préconisée avant toute prise en charge rhumatologique des douleurs cervicales et ceci dans le cadre du programme multidisciplinaire des HUG.

b. Par décision du 14 octobre 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision du 6 juin 2019, considérant qu'il n'existait pas d'élément médical nouveau pouvant modifier cette appréciation et a conclu au maintien du droit à une demie rente invalidité.

C. **a.** Par acte du 18 novembre 2019, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 14 octobre 2019 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a exposé qu'elle consultait un psychiatre, soit le docteur H_____, sur recommandation de la Dresse C_____ et qu'au contraire de l'appréciation de l'OAI, elle estimait que sa situation médicale avait empiré.

b. Par réponse du 6 janvier 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que sa décision se fondait sur l'expertise psychiatrique et rhumatologique des Drs F_____ et G_____, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que ce n'était qu'après la décision querellée que la recourante avait fait valoir son suivi psychiatrique et une nouvelle évaluation rhumatologique, sans fournir aucune pièce étayant ses allégations.

c. Par réplique du 26 février 2020, la mandataire de la recourante a critiqué l'expertise bi-disciplinaire et les conclusions des experts, contestant la valeur probante de ladite expertise, et a demandé que la chambre de céans ordonne une expertise médicale judiciaire bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique. Elle a joint à sa réplique plusieurs pièces médicales, notamment :

- un scanner de la colonne cervicale du 2 octobre 2019, dans lequel le docteur I_____, radiologue auprès des HUG, confirmait l'existence de la spondylose postérieure C0 – C4, sans complication liée au matériel et une fusion C0 à C4 acquise ;
- un rapport médical du Dr D_____ du 20 novembre 2019 diagnostiquant des cervicalgies chroniques dans un contexte de spondylodèse C0 – C4 secondaire à une tuberculose ainsi qu'un état dépressif, critiquant le diagnostic d'état dépressif léger sans ralentissement psychomoteur et sans perte d'élan vital figurant dans l'expertise psychiatrique en p. 11 ;
- un courrier du Dr H_____, du 7 février 2020, attestant que la recourante était en consultation depuis le 15 novembre 2019, dans un contexte d'épisode dépressif, à raison d'un rendez-vous par mois avec un traitement médicamenteux à base d'Effexor 150 mg par jour et Temesta 1

mg par jour en réserve. Il objectivait sur le plan psychiatrique des limitations fonctionnelles telles que la fatigabilité, le découragement, l'évitement, l'indécision et la procrastination. Ces limitations fonctionnelles n'étaient toutefois pas uniformes au niveau des activités, dans tous les domaines comparables de sa vie et l'adhérence à un travail psychothérapeutique ainsi que le traitement médicamenteux adéquat pouvaient probablement provoquer une amélioration des limitations fonctionnelles actuelles. Il était encore ajouté que la patiente était capable d'assumer l'ensemble de ses activités à la maison et qu'elle rapportait des repères bien structurés sur une journée-type.

d. Par duplique du 26 mars 2020, l'OAI s'est déterminé sur la réplique de l'assurée, considérant notamment qu'une nouvelle expertise médicale bi-disciplinaire ordonnée par la chambre de céans n'était pas nécessaire dès lors que la précédente expertise bi-disciplinaire présentait une valeur probante. De surcroît, l'OAI a joint un avis médical de son SMR daté du 24 mars 2020, dans lequel la doctoresse J_____ a pris position sur les pièces médicales transmises en annexe à la réplique et a conclu qu'il n'y avait pas de nouveaux diagnostics ni de nouvelle atteinte objective décrite. S'agissant des critiques émises par le Dr D_____, quant à l'appréciation psychiatrique faite par l'expert F_____, le SMR s'est fondé sur l'avis du Dr H_____, considérant que ses conclusions étaient cohérentes et que les limitations fonctionnelles constatées impactaient peu le quotidien de la recourante.

e. Par observations du 30 juin 2020, la mandataire de la recourante a produit un courrier du Dr D_____ daté du 24 juin 2020 dans lequel le médecin traitant critiquait plusieurs constatations faites par l'expert rhumatologique considérant notamment que certains chiffres donnés par ce dernier au niveau de la biomécanique du rachis cervical étaient strictement impossibles. Il a critiqué les conclusions du SMR quant à la capacité de travail au motif que les limitations fonctionnelles étaient difficilement compatibles avec une activité dans un univers professionnel.

f. Par observations du 31 juillet 2020, l'OAI a considéré que les remarques du conseil de la recourante ne lui permettaient pas de modifier son appréciation des faits et a répété que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était superflue. Était joint en annexe un avis médical du SMR, daté du 28 juillet 2020, dans lequel la Dresse J_____ considérait que le ressenti du Dr D_____ sur le plan psychiatrique n'était pas fondé. S'agissant des remarques du médecin traitant sur le plan rhumatologique, le SMR écartait les conclusions de ce dernier, considérant qu'elles s'appuyaient uniquement sur un article médical intitulé « Biomechanics of the cervical spine » rédigé par les docteurs K_____ et L_____, publié l'année 2000 dans la revue « Clinical biomechanics 15 » et que ledit article était très technique et se basait

principalement sur des évaluations faites en post-mortem et scannographiques ainsi que des mobilités intervertébrales.

g. La chambre de céans a fixé une audience de comparution personnelle et d'enquêtes en date du 21 janvier 2021. La recourante a décrit une journée habituelle en disant qu'elle se réveillait à 8h00 à cause de ses douleurs et qu'elle ne pouvait pas mener à terme ses travaux ménagers, car elle les commençait puis, au bout de 5 minutes, arrêtait et retournait se coucher. Elle préparait rapidement ses repas et une amie l'aidait à faire les commissions, car elle ne pouvait pas porter plus de 3 kg. Elle avait une douleur permanente dans la nuque malgré la prise de médicaments antidouleur dont la liste a été communiquée lors de l'audience. Elle prenait également des médicaments pour dormir et ressentait des douleurs dans toute la tête depuis l'opération de fusion des vertèbres C0 à C4 qui s'était déroulée en 2008. Elle rappelait que ses troubles psychiques étaient intervenus après l'assassinat de sa nièce en 2012 et confirmait avoir consulté un psychiatre, soit le Dr H_____. Elle avait cessé de le voir après que ce dernier ait refusé de rédiger un rapport médical. À plusieurs reprises, la recourante a sangloté pendant l'audience. Le mandataire de la recourante a fait valoir une violation du droit d'être entendu en considérant que l'OAI n'avait pas soumis à la recourante les questions qui devaient être posées aux experts. La représentante de l'OAI a exposé que les copies des mandats d'expertise lui avaient été communiquées et que suite à un problème informatique, les questions posées aux experts avaient été remplacées par les réponses données par les experts et le document original avait disparu. Elle a également répété qu'une expertise supplémentaire était inutile, ce d'autant plus qu'il y avait très peu de différence entre les conclusions du Dr B_____ en 2013 et celles du Dr G_____ en 2019. Appelé à témoigner, le Dr D_____ a expliqué qu'il connaissait la recourante depuis environ cinq ans et qu'il était en charge de la consultation multidisciplinaire pour le dos, ce qui le confrontait souvent des situations difficiles et désespérées. Ladite consultation regroupait un physiothérapeute, un ergothérapeute, un psychiatre ou un psychologue ainsi que lui-même. Dès après la première consultation, ces personnes s'étaient rendues compte que l'affection psychique empêchait la prise en charge de la recourante dans le programme spécialisé. Il a confirmé qu'il était impossible d'avoir une rotation de 50° du rachis cervical en raison de la spondylodèse et du fait qu'il y avait une fusion des vertèbres C0 à C4. Au final, le témoin considérait que l'expertise présentait trois problèmes : en premier lieu, la capacité de mouvement du rachis cervical était inexacte, en second lieu, les signes de Waddell cités par l'expert G_____ dans son expertise se rapportaient à une théâtralisation et une exagération des symptômes ce qui était erroné et enfin, il considérait que les experts auraient dû faire une synthèse de leurs conclusions et non pas des conclusions séparées car les problèmes d'anxiété et de dépression de la recourante allaient avoir une incidence sur ses capacités fonctionnelles. Il estimait, sans être psychiatre, que dans un environnement dépressif dans lequel se situait la recourante, la simple prise d'antidépresseurs n'était pas suffisante et

devait impérativement être accompagnée d'une thérapie. S'agissant de la capacité de travail, il a confirmé qu'en combinant les troubles somatiques et psychiques, la capacité de travail de la recourante était nulle depuis 2016 en tout cas.

h. Par courrier du 21 mai 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique confiée aux docteurs M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et N_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Les parties ont répondu qu'elles n'avaient pas de motif de récusation contre les deux experts proposés. Par courrier du 22 octobre 2021, la chambre de céans a transmis aux parties un projet de mission d'expertise bi-disciplinaire. Ces dernières ont proposé quelques modifications et adjonctions qui ont été prises en compte par la chambre de céans. Le mandataire de la recourante a également transmis à la chambre de céans un rapport de consultation ambulatoire initiale aux HUG, daté du 22 août 2021.

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.

3. 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).

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

5. 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 14 octobre 2019, refusant d'accorder des prestations invalidité à la recourante.

7. 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).

8.

8.1 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 émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 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).

8.3 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).

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019

consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

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

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

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

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

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

C. Axe « contexte social »

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

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce

titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

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

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

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

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

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

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à

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

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

11.

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

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

11.2 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).

11.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

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).

11.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

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

12.

12.1 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).

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

arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

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

13. 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).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

15. En l'espèce, les appréciations des médecins traitants de l'assurée, concernant sa capacité de travail, s'opposent aux appréciations des experts désignés par l'intimé ainsi qu'à celles du SMR.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 31 janvier 2019, l'expert F_____ pose une appréciation sommaire des capacités, ressources et difficultés de la recourante (p. 13). Pour affirmer que la recourante présente des ressources psychologiques, il cite le fait qu'elle soit venue seule depuis Genève, qu'elle puisse partir dans son pays également seule et qu'elle avait des activités durant la journée. Toutefois, il ne semble pas évaluer à sa juste valeur l'impact qu'a eu l'assassinat de la nièce de la recourante, âgée de 12 ans, à Genève, en 2012, étant rappelé que cet homicide avait largement défrayé la chronique, l'assassin condamné à une peine privative de liberté de 20 ans étant l'ami intime de la mère de la victime et ayant violé cette dernière, avant de l'étrangler et de la dissimuler dans l'appartement, pendant que sa mère était sortie. Au vu des circonstances, on peut comprendre que la recourante ait été choquée et ne soit manifestement pas arrivée à faire le deuil, ce que l'expert reconnaît, par ailleurs (p. 14). De même, le déroulement détaillé et représentatif d'une journée-type est également décrit de manière sommaire, presque télégraphique par l'expert et ne permet pas de s'assurer de l'existence d'un tissu social autour de la recourante. L'appréciation de l'expert va à l'encontre de la déposition de la recourante, devant la chambre de céans, lors de l'audience du 21 janvier 2021. En effet, lors de ladite audience, la recourante a déclarée être incapable de tenir son ménage, en raison de ses douleurs continuelles dans la nuque et n'a mentionné qu'une amie, qui l'aidait à faire ses courses lorsque le poids des commissions dépassait 3 kg. Ces indications et le fait que la recourante a sangloté pendant une grande partie de l'audience, conduisent la chambre de céans à mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise de l'expert F_____. S'ajoute à cela le constat de l'expert selon lequel l'expertisée devrait débuter une prise en charge psychiatrique avec des éventuels médicaments psychotropes alors même qu'il soutient que l'expertisée ne souffre que d'une dépression légère.

En ce qui concerne le rapport d'expertise rhumatologique du 14 mai 2019, l'expert mentionne que la recourante ne peut se projeter dans un avenir professionnel quelconque (p. 10), que ses ressources disponibles paraissent restreintes et que la personne assurée reste essentiellement dans son lieu d'habitation et ne côtoie que peu de personnes (p. 17). L'expert G_____ ajoute qu'en raison de la longue inactivité professionnelle, la présence d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur, l'impossibilité à se projeter dans un avenir professionnel, la cristallisation de la situation tant médicale que socio-professionnelle et la tendance à être recluse constituent des facteurs de mauvais pronostic (p. 18).

Dans leur évaluation consensuelle, les deux experts considèrent au niveau de l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, que l'environnement social de l'expertisée est peu étayé et que celle-ci ne présente que peu de ressources, n'arrivant pas à se projeter dans un avenir professionnel quelconque. Elle semble

rester rivée sur ses plaintes et son impotence fonctionnelle et la situation paraît s'être cristallisée. Ce nonobstant, les experts concluent que l'expertisée ne présente pas d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique et qu'elle est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

On ne peut que s'interroger sur cette conclusion alors même que de nombreux indices montrent que l'expertisée présente les signes d'une souffrance psychique dont l'impact sur sa capacité de travail semble nié par les experts.

Sur le plan purement somatique, les nombreuses critiques faites par le médecin traitant D_____, rhumatologue, quant aux incohérences présentées par le rapport d'expertise et détaillées lors de son audition du 21 janvier 2021 amènent la chambre de céans à émettre des doutes sur la valeur probante de certains passages du rapport d'expertise rhumatologique, notamment en ce qui concerne la mobilité du rachis cervical, dont il convient de rappeler que les vertèbres C0 à C4 ont été fusionnées. La brièveté de la réponse du SMR de l'OAI dans son rapport du 28 juillet 2020 ne permet pas de comprendre les contradictions concernant la biomécanique de la colonne cervicale, telles qu'elles ont été soulevées par le Dr D_____.

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.

Compte tenu de l'ensemble des éléments mentionnés supra, la chambre de céans considère que certains aspects médicaux doivent être clarifiés, notamment en ce qui concerne les liens entre les troubles somatiques dont souffre l'expertisée et ses éventuels troubles psychiques et cas échéant l'impact des troubles psychiques combinés avec les troubles somatiques sur la capacité de travail de l'expertisée.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA ; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) et 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 le mandataire de la recourante, aux indices résultant du dossier, notamment les appréciations du Dr D_____, ainsi qu'au vu des éléments cités supra, qui apparaissent comme des contradictions au niveau de l'expertise du Dr F_____ quant au déroulement d'une journée-type et à l'existence de ressources de la recourante et d'un tissu social, la chambre de céans considère qu'une instruction est nécessaire et qu'elle doit mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4), étant rappelé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Centre médical O_____, à Genève et le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à Chêne-Bourg

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 la personne expertisée, en particulier la doctoresse C_____ et les docteurs D_____ et H_____, ainsi que les experts F_____ (rapport d'expertise du 31 janvier 2019) et G_____ (rapport d'expertise du 14 mai 2019).

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Dr N_____ *(SOMATIQUE)* d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis respectivement juillet 2015 et le moment de l'expertise rhumatologique de mai 2019 ?

4.6 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 la personne expertisée).

4.7 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) ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis juillet 2015 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 En cas de prise de traitement psychotrope et de traitement antalgique, effectuer un dosage sanguin.

7.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

7.5 Les médicaments pris régulièrement par l'expertisée induisent-t-ils des effets secondaires, si oui lesquels ?

7.6 Les médicaments ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de l'expertisée ? Si oui lesquels ?

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis de l'expert G_____ du 14 mai 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 60 % ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse C_____ du 2 septembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D_____ du 20 novembre 2019 s'agissant de ses constatations résultant de l'anamnèse ? Si non pourquoi ? Êtes-vous d'accord avec son avis du 24 juin 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr M_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

* * *

G. Charge le Dr M_____ *(PSYCHIATRIE)* d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis respectivement juillet 2015 et le moment de l'expertise psychiatrique de janvier 2019 ?

4.5 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 la personne expertisée).

4.6 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) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis juillet 2015 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 En cas de prise de traitement psychotrope et de traitement antalgique, effectuer un dosage sanguin.

10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis de l'expert F_____ du 31 janvier 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % ? Si non, pourquoi?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse C_____ du 2 septembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 7 février 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

11.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D_____ du 20 novembre 2019 s'agissant de ses constatations résultant de l'anamnèse ? Si non pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr N_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | Le président

Véronique SERAIN | Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le