RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4254/2019 **ATAS/713/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 août 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 ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

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. L'assurée est célibataire et sans enfants.

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 le rapport du Dr B_____, l'OAI, par projet de décision du 14 août 2014, lui a reconnu 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. La décision du 16 juillet 2015 est entrée en force.

c. Par courrier du 5 octobre 2015, l'assurée a demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision du 16 juillet 2015 en se fondant sur l'avis de son médecin traitant, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne, qui par courrier du 8 septembre 2014, avait estimé 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 des C0 – C4 en 2009, en raison d'une instabilité secondaire à une tuberculose. Il était mentionné que l'assurée semblait 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. Dans son rapport de consultation spécialisée du rachis, daté du 7 juillet 2016, le Dr D_____ a rappelé le diagnostic de cervicalgies chroniques post spondylodèse C0 – C4, pour tuberculose, avec irradiation non spécifique dans le membre supérieur gauche. Outre l'examen physique, le médecin s'est penché sur la question psychique, notant que l'assurée avait une thymie effondrée, une perte de plaisir, une aboulie partielle et un isolement social important. Elle souffrait d'un sentiment d'impuissance, de perte d'avenir et de désespoir ainsi que d'asthénie, de vertiges et de troubles de la mémoire rapportée. Elle avait des idées noires fluctuantes à type de mort passive, sans toutefois qu'il soit noté d'idées suicidaires ; l'assurée mettait sa détresse psychologique en lien avec sa situation de santé, qui s'était dégradée depuis 2008, dans le contexte du mal de Pott, puis au deuil compliqué de sa nièce, assassinée en 2012. Elle n'avait jusqu'alors jamais demandé une aide sur le plan psychique mais était désormais prête à entreprendre un suivi spécialisé. Le médecin traitant concluait à la nécessité d'un traitement planifié pluridisciplinaire, prévoyant une physiothérapie, une ergothérapie, ainsi qu'un suivi psychiatrique individuel car l'assurée n'était pas assez stable pour participer au groupe.

g. 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.

h. L'expert psychiatre F_____ 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 G_____ 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 ; la capacité de travail dans une activité adaptée était estimée à 60 %, avec diminution du rendement de 10 %.

i. 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 demi-rente d'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 ajoutait 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 nouveau diagnostic, 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 rhumatologue, 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 des scannographies.

g. La chambre de céans a fixé une audience de comparution personnelle et d'enquêtes en date du 21 janvier 2021. Lors de l'audience, 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 l'assurée depuis environ cinq ans et qu'il était en charge de la consultation multidisciplinaire pour le dos, ce qui le confrontait souvent à 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 de l'assurée, ces personnes s'étaient rendu compte que l'affection psychique empêchait sa prise en charge dans le programme spécialisé. S'agissant de l'expertise du Dr G_____, le témoin 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. Interpellé sur le fait qu'il avait mentionné plusieurs éléments se rapportant à des aspects psychiatriques et non rhumatologiques, le Dr D_____ a expliqué qu'il avait fait une année de psychiatrie et que dans le cadre de la consultation pluridisciplinaire, il y avait souvent des éléments de nature psychiatrique qui entraient en ligne de compte. Il estimait, sans être psychiatre, que dans l'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 à faire valoir 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.

i. En date du 6 mai 2022, le Dr N_____ a rendu son expertise rhumatologique. Il a cité les nombreux rapports médicaux, qui ont été résumés, ainsi que les précédents rapports d'expertise des Drs F_____ et G_____. Les plaintes de

l'assurée ont été minutieusement décrites ainsi que la médication. Lors de l'anamnèse, l'expert a relevé que l'assurée n'avait des contacts familiaux qu'avec son frère, qu'elle avait peu d'amis (trois), qu'elle ne pratiquait pas d'activité sportive si ce n'est un peu de marche à pied, autour de chez elle, avec une amie pendant 10 à 20 minutes. Cette dernière l'aidait à faire son ménage et lui faisait à manger, deux fois par semaine. S'agissant des vacances, l'assurée a déclaré n'avoir plus voyagé depuis longtemps, sans se souvenir de la date de son dernier voyage. Appelée à décrire une journée-type, l'assurée a déclaré se lever à 08h00, prendre ses médicaments puis regarder la télévision jusqu'à midi, heure à laquelle elle mangeait les repas pré-cuisinés par l'amie avec qui elle faisait une promenade deux fois par semaine, l'après-midi. Le soir, elle mangeait seule, restant assise à ne rien faire et se couchait vers minuit puis se réveillait une à deux fois par nuit et restait assise dans son lit, jusqu'au moment de se rendormir. Il n'y avait pas de différence entre le week-end et la semaine. Le ménage était fait par son amie, et elle-même s'occupait des tâches administratives et allait à la Poste. Elle s'occupait de la lessive et de la vaisselle. Questionnée sur son avenir, l'expertisée répondait « je ne sais pas », « je n'ai pas d'avenir ». Elle ne se souvenait pas de l'expertise faite par le Dr G_____. À l'issue de l'examen physique, l'expert a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et leur date d'apparition, des cervicobrachialgies chroniques, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie C3 – C4, C4 – C5 et status post décompression C0 – C1 suivies d'une fixation C0 – C4 pour maladie de Pott en 2008 ; les cervicobrachialgies ont été considérées comme étant graves alors que les lombalgies étaient moyennes. L'expert a relevé que le status clinique décrit dans l'expertise rhumatologique de 2019 comportait des informations incompatibles avec les autres éléments du dossier et son propre examen clinique, ce qui rendait les conclusions de l'expertise de 2019 peu probantes. En revanche, il n'y avait pas de changement objectif de l'état de santé rhumatologique de la personne expertisée, depuis l'expertise du Dr B_____ du 3 août 2013. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a considéré que les douleurs cervicales et la fixation C0 – C4 contre-indiquaient le port de charges de plus de quelques kilos ; l'assurée restait capable de faire sa lessive mais les gestes répétitifs allaient augmenter les douleurs, raison pour laquelle elle renonçait à la plupart des autres tâches ménagères. La gestion administrative et la marche n'étaient pas affectées. En ce qui concernait d'éventuelles incohérences, l'expert notait les difficultés de communication avec une assurée qui avait du mal à se souvenir des dates et des consultations avec d'autres médecins et qui répondait de manière vague et succincte dans tous les domaines. Certaines incohérences étaient apparues dans la gestuelle de l'assurée, amenant la conclusion que sur le plan somatique, il était impossible de conclure à une capacité de travail nulle dans un poste adapté de type expert-comptable, la charge biomécanique dans ce type de poste n'excédant pas celle nécessaire pour les gestes du quotidien. Les discordances remarquées par l'expert étaient discutées dans l'évaluation consensuelle avec l'expert

psychiatre. L'expert mentionnait toutefois qu'il s'agissait d'un cas rhumatologique exceptionnel et qu'il n'avait jamais traité une personne qui avait subi une fixation C0 – C4 suite à une tuberculose osseuse, car il s'agissait d'une maladie très rare et on ne pouvait pas se baser sur une casuistique suffisante pour en tirer des conclusions sur l'évolution attendue. Les limitations fonctionnelles étaient : l'interdiction du port de charges répétitif, occasionnel au maximum de 5 kg, pas de mouvements de la nuque possible, pas de travail en position debout statique, travail en position assise, pas de gestes répétitifs des membres supérieurs, pas de port de charges répétitif, un changement de position toutes les heures ; ces limitations étant valables depuis le 1er janvier 2009. Les plaintes étaient objectivées en ce qui concernait la forte diminution du rachis cervical. En ce qui concernait les intenses douleurs alléguées par l'expertisée, l'expert considérait qu'elles étaient majorées par le contexte psychiatrique, ce qui était discuté dans l'évaluation consensuelle. En ce qui concernait la capacité de travail dans l'activité lucrative habituelle, depuis son atteinte cervicale, l'expertisée ne pouvait plus exercer comme postière, l'expert précisant que depuis mars 2008, date du début de la maladie de Pott cervicale, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du point de vue rhumatologique mais était restée stable, sur le plan strictement rhumatologique, depuis le 1er janvier 2009. S'agissant d'une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur le plan strictement rhumatologique, l'expert retenait un taux de 50 % dans une activité adaptée, depuis le 1er janvier 2009, étant précisé que le taux global de 50 % incluait une éventuelle baisse de rendement. L'expert considérait que la reprise éventuelle d'une activité lucrative devait attendre que la pathologie psychiatrique le permette, après quoi une prise en charge multidisciplinaire pour éduquer la fonction du rachis pouvait entraîner une augmentation progressive du taux de travail, sans dépasser un 50 % global, au bout d'un maximum de six mois après le début du programme de rééducation. Toutefois, le pronostic était mauvais chez une assurée qui n'avait pas travaillé depuis 2002, qui n'avait pas de formation et qui souffrait de comorbidité psychiatrique sévère. L'expert a encore mentionné qu'il s'écartait des conclusions du Dr G_____ du 14 mai 2019 car son expertise comportait des imprécisions qui rendaient ses conclusions peu probantes, confirmant, notamment, ce qu'avait déjà déclaré le Dr D_____, à savoir que des rotations de 50° du rachis cervical étaient impossibles en raison de la fixation cervicale. S'agissant du rapport du 20 novembre 2019 établi par le Dr D_____, l'expert constatait que le médecin traitant avait éprouvé les mêmes difficultés que lui pour obtenir une anamnèse précise de l'assurée et que les informations obtenues par le Dr D_____, par le co-expert M_____ et par lui-même, étaient cohérentes entre elles.

j. Le Dr M_____ a rendu son expertise psychiatrique en date du 2 mai 2022. Il a résumé les rapports médicaux figurant dans le dossier et a fait une anamnèse personnelle, dont les résultats étaient quasi identiques à l'anamnèse réalisée par l'expert N_____. S'agissant de l'affection actuelle, les problèmes étaient avant

tout physiques et remontaient à 2008 (tuberculose osseuse). Les troubles de la santé physiques avaient limité les capacités de l'expertisée, mais étaient supportables psychologiquement. En revanche, depuis 2012 et l'assassinat de sa nièce, l'expertisée se sentait « cassée », sans énergie, perturbée par le souvenir du traumatisme provoqué par le viol suivi de l'assassinat de sa nièce. Son état psychique était inchangé depuis lors, selon elle. Elle avait vu des psychiatres, mais elle pleurait quand elle parlait de sa souffrance alors elle avait arrêté de les voir. Néanmoins, depuis quelques mois, sur le conseil du Dr D_____, elle avait commencé à consulter une nouvelle psychiatre, la doctoresse O_____, pour des entretiens hebdomadaires qu'elle jugeait utiles. Sur le plan médicamenteux, elle prenait un antidépresseur, la Duloxétine, à raison de 60 mg par jour. Selon l'assurée, ce qui l'empêchait de travailler était principalement ses douleurs qui concernaient surtout le dos, soit la nuque et la région lombaire, ainsi que la fatigue et le manque d'énergie. Les plaintes de l'expertisée concernaient ses fonctions cognitives, l'assurée déclarant que sa mémoire était morte et qu'elle était à zéro, qu'elle avait beaucoup de problèmes avec les dates, les jours et la mémoire du passé. S'agissant de son humeur, le moral n'était pas bon depuis des années, il n'y avait pas de différence entre le matin le soir ; tout la faisait pleurer, son opération, la mort de la petite fille, il n'y avait plus aucun plaisir, aucune motivation et elle souffrait depuis longtemps d'une fatigue envahissante, aussi bien physique que morale. Elle n'avait pas d'idées suicidaires. S'agissant de l'anxiété, l'expert relevait d'éventuels symptômes post-traumatiques à la pensée du viol et de l'assassinat de sa nièce qui étaient présents dans sa tête ; sans que la présence de véritables flash-backs soit mise en évidence, c'était avec une émotion visiblement intense et des pleurs qu'elle évoquait l'événement. Lors de l'entretien, l'expert avait noté un certain flou dans les dates, pour des faits anciens et à quelques reprises des moments de dissociation de l'attention durant quelques instants, où l'expertisée perdait le fil de la conversation et le contact avec l'interlocuteur. L'expert notait une tristesse visible, un ralentissement moteur, une fatigue perceptible, plus mentale que physique. Au niveau des diagnostics, l'expert psychiatre considérait que l'état clinique était relativement stationnaire depuis plusieurs années, en tout cas depuis le rapport du Dr D_____ du 7 juillet 2016 où l'état psychique était documenté pour la première fois. Il retenait donc les diagnostics suivants : un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11, de longue durée, présent probablement depuis 2012 et documenté depuis juillet 2016 et de gravité moyenne ; une anxiété généralisée F 41.1, de longue durée, probablement présente depuis 2012 et de gravité moyenne à sévère, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4, probablement présent depuis 2012. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, il y avait une baisse de l'énergie disponible, une baisse du désir, de la motivation et des intérêts, une baisse du plaisir, une difficulté à se mettre en action, une difficulté à se projeter dans le futur, des difficultés de concentration d'intensité moyenne, ainsi qu'une appréhension vis-à-vis des stimuli extérieurs, se traduisant par un

comportement d'évitement de ceux-ci, donc une inhibition de l'action, une diminution de l'énergie provoquée par la perturbation du sommeil, une difficulté à affronter la nouveauté, un émoussement affectif, des troubles de l'attention ; ces limitations étant d'intensité moyenne à sévère. La présence de douleurs chroniques somatoformes amplifiait les répercussions des symptômes proprement psychiques. S'agissant de la capacité de travail, l'expert psychiatre considérait que les limitations fonctionnelles diverses se renforçaient mutuellement et que, globalement, en raison de la multiplicité des limitations fonctionnelles et leur entretien réciproque, la capacité de travail était nulle du fait de l'état de santé psychique et cela dans toute activité. En effet, les limitations énoncées ne dépendaient pas du contexte, elle se manifesteraient dans toute activité professionnelle. Le tableau clinique actuel était à peu près superposable à celui décrit par le Dr D_____ en juillet 2016, en revanche il s'était aggravé par rapport aux constatations du Dr F_____ de janvier 2019 étant précisé que l'avis de l'ensemble des médecins traitants suggérait que le Dr F_____ avait sous-estimé la gravité de l'état psychique. Dès lors, l'expert considérait que les limitations fonctionnelles constatées actuellement étaient probablement présentes, au moins depuis juillet 2016, date à laquelle l'état psychique était décrit pour la première fois dans le rapport du 7 juillet 2016 du Dr D_____, description proche des propres constatations de l'expert. En ce qui concernait d'éventuelles incohérences, l'expert psychiatre notait que l'expertisée avait semblé authentique dans ses plaintes d'ordre psychique et avait tendance à éviter d'aborder certains sujets douloureux et anxiogènes, ce qui était habituel en cas de pathologie traumatique. Cela avait pour conséquence que la présence ou l'importance de certains symptômes, notamment liés au vécu traumatique, pouvaient être sous-estimées à l'examen clinique et que le traitement psychothérapeutique était difficile. En conclusion, la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée était nulle depuis au moins juillet 2016. Le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative était peu favorable en raison de la durée et de la relative sévérité des troubles ainsi que du renforcement réciproque entre le deuil et le vécu traumatique.

L'appréciation consensuelle des deux experts concluait que les pathologies somatiques et psychiques se renforçaient mutuellement, car les limitations de mouvements et les douleurs d'origine somatique aggravaient les limitations d'origine psychique et réciproquement. L'incapacité de travail était de 50 % sur le plan somatique, depuis 2009, et de 100 % sur le plan psychique, depuis juillet 2016. Globalement, l'incapacité était de 100 % depuis juillet 2016, pour le cumul des deux types d'atteintes ; l'incapacité totale devait être considérée comme durable, avec une réévaluation souhaitable dans un délai de deux ans.

k. Par courrier du 10 juin 2022, le conseil de la recourante s'est réjoui des conclusions conjointes des experts tout en s'interrogeant sur la date retenue par l'expert psychiatre pour l'aggravation de son état de santé, soit le mois de juillet

2016. Selon la recourante, les diagnostics retenus remontaient vraisemblablement à l'année 2012 même s'ils n'étaient documentés que depuis juillet 2016. La recourante considérait également qu'il y avait des avis, certes succincts, mais concordants et conformes aux constatations ultérieures des Drs C_____ et D_____, datant du mois de novembre 2015, qui montraient déjà une aggravation de sa situation ; dès lors, elle estimait que les graves troubles psychiques étaient donc déjà documentés médicalement au mois de novembre 2015 et que c'était la date à partir de laquelle il fallait reconnaître son incapacité totale dans une activité lucrative habituelle ou adaptée. Elle concluait à ce qu'on lui reconnaisse le droit à une rente d'invalidité, pleine et entière, à compter de la date du dépôt de sa demande, soit en octobre 2015 ou, à tout le moins, à compter du mois de novembre 2015.

l. Par courrier du 5 juillet 2022, l'intimé, se fondant sur l'avis médical annexé du SMR du 4 juillet 2022, s'est distancé des conclusions des experts, estimant que l'expert psychiatrique n'avait pas mis en évidence d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction, antérieurement à son expertise. De plus, les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse rendue en date du 14 octobre 2019 ne devaient pas être pris en compte ; ces éléments amenaient l'intimé à confirmer intégralement ses conclusions.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

n. Les autres faits seront décrits, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

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).

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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).

7.

7.1 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).

7.2 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).

7.3 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).

7.4 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).

8. 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).

9. 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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

10.

10.1 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).

10.2 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.

10.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.4 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

10.5 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

10.6 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).

10.7 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. 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).

11.

11.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

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

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

compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

11.3 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).

12. 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).

13. En l'espèce, la recourante se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire bi-disciplinaire, sauf en ce qui concerne le point de départ de l'incapacité totale qu'elle situe au mois d'octobre ou de novembre 2015, alors que les experts retiennent, comme point de départ, le mois de juillet 2016.

L'intimé quant à lui, en se fondant sur le rapport de son SMR du 4 juillet 2022, reconnaît l'aggravation de l'état de santé de la recourante, mais considère que le point de départ de l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante n'est documenté que par le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M_____, postérieur à la décision rendue et que l'incapacité totale de travail devrait ainsi se situer au mois de mai 2022, date de reddition du rapport d'expertise psychiatrique.

13.1 Les deux rapports d'expertise judiciaire correspondent en tous points aux exigences en la matière ; ils ont été établis en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par des contacts téléphoniques avec les médecins traitants D_____ et C_____ au plan somatique et avec les Drs H_____ et O_____ au plan psychiatrique. L'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle a été réalisée au mieux, compte tenu des difficultés à communiquer de la recourante, et les experts ont rapporté leurs observations cliniques de manière détaillée à la suite de leurs entretiens avec l'assurée. La description de la journée-type de l'assurée se superpose à celle qui a été faite par cette dernière lors de sa comparution personnelle. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et les experts ont exposé de manière convaincante pour quelles raisons ils se ralliaient aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartaient. Leurs conclusions sont, elles aussi, claires et motivées. Compte tenu de ces éléments, les expertises des Drs N_____ et M_____ doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

13.2 Les parties ne remettent pas en question l'aggravation de l'état de santé de la recourante, telle qu'elle est confirmée par les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, mais s'écartent desdites conclusions sur la question du point de départ de l'incapacité totale de la recourante de travailler dans toute activité.

13.3 Selon la recourante, les troubles psychiques figurent déjà dans les rapports de la Dresse C_____ et du Dr D_____ du mois de novembre 2015, raisons pour lesquelles il faudrait situer le point de départ de l'incapacité totale de travailler soit au mois d'octobre 2015 – date du dépôt de la nouvelle demande de prestations invalidité – soit, au plus tard, au mois de novembre 2015 en se fondant sur les appréciations des deux médecins traitants susmentionnés.

On ne saurait qualifier de rapport médical le courrier de la Dresse C_____, daté du 26 novembre 2015. En effet, cette dernière, s'adressant à l'OAI, conteste le taux d'invalidité de 50 % retenu par l'autorité en demandant d'attendre l'avis spécialisé de la consultation du dos des HUG pour faire une évaluation et déterminer, si possible, la capacité résiduelle de travail de l'assuré, tout en ajoutant que « dans l'intervalle, la patiente a également développé un état dépressif qui aggrave sa situation médicale ». Cette simple mention de l'existence d'un état dépressif, sans mentionner d'élément objectif et sans préciser si cet état dépressif est faible, moyen ou sévère, est insuffisante pour établir qu'il s'agit du point de départ de l'incapacité totale de travailler.

Selon le rapport du Dr D_____ du 19 novembre 2015, il n'existe pas de comorbidités majeures. Toutefois, lors de l'examen clinique et de la discussion, le médecin traitant remarque un visage triste, quelques pleurs à l'évocation du quotidien de l'assurée et des difficultés liées à sa condition. Il relève également une importante atteinte psychique anxieuse et dépressive ainsi qu'une kinésiphobie secondaire, des expériences très douloureuses répétées et un très probable isolement social. Bien qu'il conclue à ce que « l'évaluation de ce jour me fait penser comme vous [le rapport est adressé à la Dresse C_____] qu'il existe une incapacité de travail à 100 %, même dans un poste adapté », cette conclusion n'est pas suffisamment motivée et documentée pour être suivie.

Dès lors, et contrairement à ce que soutient la recourante, on ne peut pas retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité totale de travail pour des raisons psychiques était déjà présente au mois de novembre 2015.

13.4 Selon l'intimé, ce n'est qu'au moment de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr M_____ - soit en mai 2022 - qu'il faudrait situer le point de départ de l'incapacité totale de travailler de l'assurée.

Ce point de vue se fonde sur l'avis médical du SMR du 4 juillet 2022 selon lequel il n'existait pas de mise en évidence objective de limitations en 2016, mais uniquement des autos tests et des plaintes subjectives non concrétisées par un examen clinique psychiatrique objectif. De surcroît, le Dr F_____, dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2019, ne retrouvait pas à l'examen clinique, de symptomatologie anxieuse ou dépressive objective.

Cette affirmation est erronée dès lors que le Dr F_____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, existant vraisemblablement depuis 2012 sans toutefois considérer qu'il en résultait une incapacité de travail pour motif psychiatrique, mais tout en recommandant la prise d'antidépresseurs.

L'expert M_____ s'est spécifiquement prononcé sur cette appréciation (rapport d'expertise, p. 18) en se demandant si le Dr F_____ avait examiné l'expertisée « dans un moment d'amélioration passagère ou s'il a été trop optimiste dans son estimation du degré de la dépression, comme le pensent les médecins traitants ». « La prise en compte de l'ensemble des données nous incite à penser que la

dépression est relativement importante depuis le rapport du Dr D_____ de juillet 2016 et cela sans amélioration durable depuis lors ». En p. 12 du rapport d'expertise, l'expert M_____ note également une contradiction dans le fait que le Dr F_____ ne retient qu'un diagnostic de dépression légère tout en recommandant une prise en charge psychiatrique avec prescription éventuelle de psychotropes et ce « afin de diminuer la tristesse et d'aider l'expertisée à faire le deuil de sa nièce ». L'expert M_____ ne manque pas de relever qu'en principe, un épisode dépressif léger ne requiert pas la prescription d'antidépresseurs, tout en rappelant que le Dr F_____ n'a pas mentionné de sémiologie anxieuse et notamment pas de flash-backs ni de cauchemars alors que ceux-ci sont pourtant relatés, en 2016, par le Dr D_____ et également mis en évidence dans sa propre expertise psychiatrique de mai 2022. Il conclut que l'hypothèse d'une amélioration passagère, au moment de l'examen par le Dr F_____, n'est soutenue ni par l'anamnèse, ni par les médecins traitants qui ont examiné l'expertisée avant et après l'expertise du Dr F_____ et que, plus probablement, l'assurée a évité de mentionner certains symptômes devant le Dr F_____, l'évitement cognitif étant fréquent en cas d'atteinte post-traumatique car l'évocation du traumatisme et des symptômes en relation avec celui-ci réveille chez le sujet la souffrance post-traumatique. Il est encore mentionné que dans son rapport du 7 février 2020, le psychiatre traitant H_____ a également mentionné l'existence d'un épisode dépressif dont il n'a toutefois pas estimé le degré de gravité. Néanmoins, lors de son entretien téléphonique avec l'expert M_____, le Dr H_____ a déclaré que l'assurée était déjà « très déprimée » par le drame survenu à sa nièce, et a estimé que le degré de gravité de la dépression, en février 2020, était moyen.

Compte tenu de ces éléments et contrairement à ce que soutient l'intimé, on ne peut pas considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité totale de travail pour des raisons psychiques n'est apparue qu'au moment de l'expertise judiciaire psychiatrique, soit au mois de mai 2022.

La chambre de céans 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. Elle ne constate aucune contradiction ni d'élément objectif qui l'empêcherait de suivre, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'appréciation de l'expert M_____, qui estime que le point de départ de l'incapacité de travail totale dans toute activité doit être arrêté à la date du rapport du Dr D_____.

Dès lors, le point de départ de l'incapacité totale de travail de l'assurée sera fixé au mois de juillet 2016.

13.5 Cela fait, il sied de calculer le taux d'invalidité.

Dans la décision du 16 juillet 2015 d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, l'OAI s'était fondé sur une comparaison des revenus à partir de l'ESS, aussi bien pour les revenus avant invalidité que pour les revenus après invalidité.

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou qu'il n'existe aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans le cas d'espèce, il n'existe aucune raison objective de s'éloigner de la méthode de comparaison des revenus fondée sur l'ESS précédemment retenue par l'OAI.

Or, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

En l'occurrence, le taux d'invalidité de la recourante correspond au taux d'incapacité de travail, soit 100 %.

14. Au vu ce qui précède, la date de début de l'incapacité de travail alléguée par la recourante n'étant pas retenue par la chambre de céans, le recours sera partiellement admis et la décision de l'OAI du 14 octobre 2019 sera annulée.

La cause sera retournée à l'OAI pour fixer le montant de la rente d'invalidité totale, au sens des considérants.

15. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un mandataire professionnellement qualifié, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

16. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'intimé du 14 octobre 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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