

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/535/2026

ATAS/451/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée) née en septembre 1980, a été employée dans diverses banques en qualité d'assistante de gestion puis de gestionnaire de fortune junior. Alors qu'elle travaillait en qualité d'administratrice « *Management support* » auprès de la banque B_____ SA (ci-après : B_____), elle a commencé à ressentir un état d'épuisement, en 2016.
- b.** L'assurée a consulté le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique. L'assurée a diminué sa charge de travail et, arrivée au terme de son contrat de travail fixé au 30 avril 2018, B_____ n'a pas renouvelé le contrat pour une nouvelle période et l'a libérée de son obligation de travailler, dès le 27 novembre 2017.
- c.** L'assurée s'est ensuite inscrite auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), avant de reprendre une activité professionnelle, en novembre 2020 à 100% et en télétravail, en qualité de « *Budgeting Officer* » auprès de l'organisation non-gouvernementale D_____ (ci-après : D_____).
- d.** Au mois de mai 2023, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail, selon certificat médical d'arrêt de travail de la docteure E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
- e.** L'assurée a mentionné un épuisement professionnel, dans un formulaire de communication pour adultes, en vue d'une détection précoce, qui a été reçu par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI), le 29 juin 2023.
- f.** Le docteur F_____, spécialiste en médecine générale, a complété un questionnaire médical de l'OAI le 6 septembre 2023, en indiquant, notamment, comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, une encéphalomyélite myalgique /syndrome de fatigue chronique, à partir de 2016.
- g.** La Dre E_____ a également complété un questionnaire médical de l'OAI le 18 septembre 2023, en indiquant comme diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, des troubles de l'adaptation, relation mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) et un burn-out (Z 73.0). Les limitations fonctionnelles étaient la fatigabilité et un sommeil perturbé non réparateur ainsi que des troubles mnésiques de l'attention et de la concentration (*Brain Fog*) après des efforts soutenus. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était évaluée à 20% - 30%, sur plusieurs jours, sous réserve d'éviter les déplacements.

h. Suite à l'incapacité de travail, G_____ SA (ci-après : G_____), soit l'assurance perte de salaire maladie de l'employeur D_____, a mandaté le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assurée. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise psychiatrique du 23 janvier 2024 retenant comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission partielle (F 43.21). Il a conclu à une reprise de la capacité de travail à 50% du 1^{er} avril au 30 avril 2024 et à 100%, sans diminution du rendement, dès le 1^{er} mai 1024, sauf en cas d'aggravation documentée au niveau psychiatrique ou de trouble rhumatologique avéré.

i. Par courrier du 21 février 2024, la médecin traitant E_____ a interpellé l'expert H_____, soulignant qu'elle avait reçu une copie de l'expertise et que l'assurée lui faisait part d'un état d'épuisement important qui rendait difficile la gestion de son quotidien. Par conséquent le médecin et sa patiente considéraient qu'il était prématuré d'exiger une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} avril 2024 et de 100% dès le 1^{er} mai 2024. Il était proposé de demander une évaluation de la variabilité de la fréquence cardiaque (ci-après : VFC) auprès de l'institut de médecine du travail à I_____. Si l'expert H_____ ne suivait pas cette proposition, la médecin traitant lui demandait de considérer la prolongation de l'arrêt de travail de la patiente jusqu'au 31 mai 2024, avant de réévaluer son évolution à ce moment-là.

j. Dans le cadre d'une démarche en vue de réinsertion, l'OAI a placé l'assurée du 1^{er} avril au 30 juin 2024 auprès de J_____, en vue de développer certaines compétences et comportements. Par e-mail du 1^{er} mai 2024, une employée de J_____ a communiqué un premier bilan de la mesure, indiquant que cette dernière se déroulait bien et que l'assurée appréciait les tâches qu'elle effectuait. Toutefois, cette dernière craignait de ne pas avoir encore pu suffisamment consolider son temps partiel de 20% et appréhendait ses états de fatigue qu'elle évaluait comme étant très instables et non immédiats.

k. La Dre E_____ a complété un formulaire médical destiné à l'OAI en date du 22 novembre 2024. Elle considérait que les diagnostics étaient inchangés mais qu'il y avait une amélioration partielle des symptômes, dès lors que l'assurée avait pu augmenter son taux d'activité chez J_____ de 20% à 35% et non pas 40% comme elle l'aurait souhaité, en raison de chutes de tension. Les deux dernières consultations dataient du 22 octobre et du 13 novembre 2024 et les limitations fonctionnelles restaient les mêmes que celles qui avaient précédemment été indiquées. En raison de la fatigabilité, des troubles de l'attention et de la

concentration, la psychiatre considérait que sa patiente était incapable d'exercer son activité professionnelle habituelle et que la poursuite des mesures de réinsertion professionnelle était indiquée.

l. Par avis médical du 16 janvier 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a résumé la situation médicale de la patiente et a notamment relevé que, tout en acceptant les diagnostics psychiatriques retenus par l'expert H_____, la psychiatre E_____ contestait l'exigibilité retenue par ce dernier. Au vu des discordances dans l'appréciation des diagnostics psychiatriques de l'exigibilité établie par l'expert psychiatre et les médecins de l'assurée, il était recommandé de réaliser une expertise pluridisciplinaire, avec un volet de psychiatrie, de rhumatologie et de médecine interne.

m. L'OAI a mandaté les expertes K_____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, spécialiste en médecine interne générale, faisant partie de la clinique N_____ (ci-après : N_____). A l'issue d'un séjour de réadaptation de l'assurée, du 17 au 18 mars 2025, les expertes ont rendu un rapport d'expertise du 20 mai 2025. L'évaluation consensuelle conduisait à retenir les diagnostics de troubles somatoformes indifférenciés (F45.1), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4) et d'accentuation des traits de personnalité, évitants et dépendants (Z 73.1). La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50%, depuis le 1^{er} avril 2024 en raison de faibles capacités adaptatives dans un cadre professionnel exigeant, au sein d'une équipe nombreuse, nécessitant un effort mental soutenu et une bonne capacité de flexibilité d'adaptation aux imprévus. Dans une activité plus prévisible et calme, au sein d'une équipe peu nombreuse, avec un encadrement souple et bienveillant, en particulier dans le domaine de l'art, l'assurée avait une pleine capacité de travail. Toutefois, en tenant compte de la fatigabilité, de l'anxiété chronique et des traits de personnalité évitante, il était retenu une baisse de rendement de 30% avec une capacité de travail résiduelle de 70% depuis le 1^{er} avril 2024.

n. Dans un rapport du 13 juin 2025, le SMR s'est prononcé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire qu'il a commenté et dont il a suivi les conclusions, soit une atteinte principale sous la forme d'un trouble somatoforme indifférencié et une autre atteinte sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Le début de l'incapacité de travail durable à 100% était fixé au 26 mai 2023. Dans l'activité habituelle de comptable, la capacité de travail exigible était de 0% dès le 26 mai 2023 et de 50% dès le 1^{er} avril 2024. Dans une activité

adaptée, la capacité de travail exigible était de 0% dès le 26 mai 2023 et de 100%, avec une perte de rendement de 30%, dès le 1^{er} avril 2024.

o. Selon le tableau de comparaison des revenus du 8 août 2025, l'OAI a retenu, en se fondant sur les tableaux de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022, TA1_ tirage_skill_level pour une femme, un revenu annuel avec invalidité de CHF 54'624.- réévalué selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS) à CHF 57'021.-, montant qui, après la diminution de rendement de 30% et une réduction forfaitaire de 10%, aboutissait à un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 35'923.-. Le revenu sans invalidité pour un plein temps était de CHF 76'820.- et la perte de gain s'élevait à CHF 40'897.-, correspondant à un taux d'invalidité de 53.24%. Un second tableau comparait une activité dans le domaine de la comptabilité et de la gestion correspondant à TA1_ tirage_skill_level, pour une femme, lignes 69 à 71, pour un salaire sans invalidité, hypothétique, réactualisé de CHF 79'934.-, qui était comparé au salaire annuel effectivement perçu en 2023 et réactualisé selon l'ISS de CHF 76'820.-. Il en résultait un taux d'invalidité de 3.9%.

B. a. Par projet du 14 août 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité s'élevant à 53% d'une rente entière, dès le 1^{er} août 2025. Il était mentionné qu'à l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail dans une activité habituelle, dès le 26 mai 2023 (début du délai d'attente d'un an) et qu'à l'échéance de ce délai, soit le 26 mai 2024, la capacité de travail était de 100%, avec une perte de rendement de 30% depuis avril 2024, ce qui ouvrait le droit à des prestations. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité retenu était de 53.24%, arrondi à 53%, d'une rente entière

b. Par courrier de son avocat du 23 septembre 2025, l'assurée a contesté le taux d'invalidité retenu. Le taux de capacité de travail résiduel de 70%, fixé par les experts à compter du 1^{er} avril 2024, était contesté, l'assurée considérant qu'elle n'avait, à cette date, récupéré tout au plus qu'une capacité de travail de 30% à 35%. De plus, c'était à tort que l'on avait retenu comme activité habituelle celle de comptable, car l'assurée alléguait être gestionnaire de projet et gestionnaire de fortune dans le secteur bancaire, raison pour laquelle le montant du salaire annuel sans invalidité qui avait été retenu était erroné car son salaire annuel en qualité d'assistante de gestion senior, puis de gestionnaire de fortune junior au sein de la O_____ SA (ci-après : O_____) avait oscillé entre CHF 115'171.- et CHF 126'666.-. S'agissant de son salaire auprès de B_____, il s'était élevé à CHF 110'004.-, auquel s'était ajouté un bonus contractuel annuel de

CHF 10'000.-, soit un revenu annuel total de CHF 120'004.-, au moment où ses soucis de santé l'avaient empêché de poursuivre et de confirmer ses capacités dans les métiers de la gestion de projet. L'assurée concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de mai 2023 et sans limite dans le temps.

c. L'OAI a confirmé le projet du 14 août 2025, par décision du 15 janvier 2026, octroyant à l'assurée le droit à une rente correspondant à 53% d'une rente d'invalidité entière, dès le 1^{er} août 2025.

C. **a.** Par acte de son avocate, déposé au greffe universel le 13 février 2026, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 15 janvier 2026, par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a demandé, préalablement, l'audition des médecins traitants et qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} mai 2025, sans limite dans le temps avec intérêts 5% l'an sur les arriérés de rente dès le 24^{ème} mois suivant leur exigibilité. Elle a repris, dans les grandes lignes l'argumentation déjà développée dans la contestation du 23 septembre 2025, critiquant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, ainsi que le montant du salaire sans invalidité retenu par l'OAI.

b. Par réponse du 13 mars 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise pluridisciplinaire devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du salaire retenu, il correspondait au contrat de travail passé entre la recourante et D_____ en 2020 et ne prêtait pas le flanc à la critique.

c. Par réplique du 7 avril 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions, revenant sur sa critique du revenu sans invalidité retenu par l'OAI ainsi que sur le taux de 70% de capacité résiduelle de travail retenu par les expertes. Par duplique du 27 avril 2026, l'OAI a également persisté dans ses conclusions, considérant que, dès lors que l'atteinte à la santé avait débuté en 2023, il n'y avait pas lieu de s'écarter du revenu sans invalidité qui avait été retenu.

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

e. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur la question de la persistance, ou non, d'une incapacité de travail de l'assurée donnant lieu à des prestations de l'OAI, au-delà du 30 mars 2024, subsidiairement sur le calcul de la comparaison des revenus.

3. Le 1^{er} 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, l'état de fait déterminant est postérieur au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

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

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4.2 L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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).

5.

5.1 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

5.2 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 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5.3 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).

5.4 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).

- 6.** 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).

7.

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

7.2 Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

8.

8.1 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).

8.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

8.3 Le juge ne s'écarter 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 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.4 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).

8.5 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.6 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 ; 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).

8.7 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).

9.

9.1 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*).

9.2 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).

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

10.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 11.** En l'espèce, dans un premier grief, la recourante conteste le taux de capacité de travail retenu par l'OAI, sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mai 2025 et oppose aux appréciations des expertes, les appréciations de ses deux médecins traitants.

11.1 Force est de constater que, sur le plan formel, le rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient, en effet, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des expertes, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Le déroulement d'une journée type décrit la recourante comme se levant tard, puis mangeant quelque chose avant d'aller travailler de 13h30 à 16h30. Au retour, la recourante se repose puis s'occupe de ses tâches ménagères, prépare son repas et lit, fait du dessin ou confectionne des colliers de perles. Elle rend visite à ses parents ou à une amie proche, toutes les trois semaines et déclare sortir peu, ne pratiquer aucun sport et partir peu souvent en vacances.

La recourante décrit les médicaments et compléments qu'elle prend, soit : Euthyrox, Magnésium, Oméprazole et Fucicort avec du Dafalgan. Elle ne prend pas d'antidépresseurs et l'antidouleur Dafalgan n'est prescrit qu'en réserve. Il n'y a pas de consommation de tabac, peu de vin (un verre de temps en temps) et pas de drogue.

L'évaluation médicale consensuelle résume le parcours de la recourante ainsi que ses troubles médicaux et les symptômes qu'ils entraînent, soit principalement la fatigue, sans autre plainte douloureuse. L'examen clinique de l'expert interniste est

résumé comme « normal ». L'examen rhumatologique est décrit comme « parfaitement normal » sans limitation des amplitudes articulaires ou du rachis ni douleur élicitée lors des différentes manœuvres. Les conséquences d'un éventuel COVID long semblent être exclues.

Sur le plan psychiatrique, la recourante est connue pour un trouble anxieux de longue date, compliqué par des épisodes dépressifs réactionnels à des difficultés professionnelles ou personnelles avec un épuisement progressif de ses ressources adaptatives entre 2016 et 2018. Le suivi psychothérapeutique est régulier, sans prise d'antidépresseurs. L'experte résume les conclusions de l'expert H_____ (soit une capacité de travail entière depuis mai 2024) et les déclarations de la recourante qui dit apprécier son travail chez J_____ mais estime ne pas être en mesure d'augmenter son taux actuel de 30% en raison de sa fatigue persistante.

Globalement, la recourante est présentée comme authentique et cohérente si ce n'est sur le plan du taux d'activité pour lequel les expertes peinent à comprendre l'autolimitation fixée à 30% alors que la recourante trouve l'activité intéressante et dans laquelle elle dit s'investir « de mieux en mieux depuis qu'elle se sent plus en sécurité dans la collaboration avec sa supérieure ».

L'experte en médecine générale estime que l'on ne peut retenir les suites d'un COVID long, au vu de l'éloignement d'éventuels épisodes aigus et considère être face à un syndrome de fatigue chronique (ci-après : SFC), évolutif depuis plusieurs années. Elle note également la présence d'une thyroïdite d'Hashimoto (E 06.3), soignée depuis un an, avec une posologie stable.

L'experte rhumatologue ne relève pas de plainte douloureuse ce qui permet d'exclure un diagnostic de fibromyalgie. De même, le score de Beighton à 4/9 permet également d'exclure un syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile.

L'experte psychiatre retient un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1), un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F 33.4) et une accentuation des traits de personnalité évitants et dépendants (Z 73.1). Elle préconise la poursuite, considérée comme exigible, d'une psychothérapie basée sur l'approche cognitivo-comportementale à fréquence rapprochée ainsi qu'une tentative de réintroduire une médication à effet antidépresseur et anxiolytique d'une molécule avec moins d'effets secondaires, comme par exemple la Vortioxetine, ou d'une classe de médicaments différente par rapport aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ci-après : SSRI) antérieurement utilisés. Sur le plan somatique, il n'est retenu aucune limitation particulière, en l'absence de toute

atteinte objective significative ; dès lors, aux dires des expertes, les difficultés de la recourante découlent principalement de la problématique psychique.

Selon l'experte psychiatre, dans l'exercice d'une activité prévisible et calme, au sein d'une équipe peu nombreuse, avec un encadrement souple et bienveillant, en particulier dans le domaine de l'art, l'assurée a une pleine capacité de travail. Toutefois, en tenant compte de la fatigabilité, de l'anxiété chronique et des traits de personnalité évitante, les expertes retiennent une baisse de rendement de 30% avec une capacité de travail résiduelle de 70% depuis le 1^{er} avril 2024.

11.2 La recourante allègue que la capacité résiduelle de travail de 70% ne peut pas être retenue au regard des exigences et limitations, rappelant que le Tribunal fédéral considère qu'une activité ne saurait être exigible si elle existe sur le marché du travail sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas (réplique du 7 avril 2026, p. 2).

Cet argument doit être écarté dès lors que la recourante exerce déjà une activité à temps partiel, qui lui convient et qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles (voir *supra* sous ch. 11.1, dernier paragraphe) ; de plus, la limitation de 30% a été fixée par la recourante elle-même et rien n'indique que son employeur actuel, J_____, n'est pas disposé à augmenter son temps de travail.

Les critiques de l'expertise pluridisciplinaire sont principalement le fait du Dr F_____, dont il faut rappeler qu'il est généraliste et n'a pas de spécialisation psychiatrique ou neurologique. En cela ses appréciations dans ses deux domaines, ne présentent pas la même valeur probante que celle de spécialistes telles que deux des expertes désignées par l'OAI.

La recourante reproche aux expertes de n'avoir pas tenu compte du diagnostic de SFC dans l'estimation de la capacité de travail.

Or, cette allégation est inexacte dès lors que le syndrome a été retenu par les expertes et qu'il en a été tenu compte pour diminuer le rendement exigible, passant de 100% à 70% précisément en raison des conséquences du SFC.

S'agissant des appréciations du Dr F_____ sur l'origine neurologique du SFC, il semblerait que cette affirmation ne fasse pas l'unanimité. En effet, dans un article intitulé « Syndrome de fatigue chronique », paru dans la *Revue médicale suisse*, no 499, 2015, les docteurs P_____ et Q_____ exposent à propos de la SFC que « Sa physiopathologie est controversée, mais les pistes de recherche actuelles convergent vers une atteinte dysimmunitaire, dans laquelle le stress oxydatif et un dysfonctionnement des mitochondries semblent jouer un rôle. Il n'existe pas de

médication ayant démontré une efficacité spécifique pour le traitement du SFC. La prise en charge consiste à limiter les investigations superflues et à encourager le patient vers un reconditionnement à l'effort très progressif, dans le cadre d'un *counselling* empathique visant à prévenir les pensées négatives ».

En ce qui concerne la prise en charge, ils relèvent que « Du fait de la disparité des critères de définition clinique du SFC, il y a peu d'évidences scientifiques solides qui puissent clairement appuyer un type de prise en charge. Il n'existe pas de médicament ayant une efficacité démontrée dans le SFC. De nombreuses petites études pilotes s'intéressent à des prises en charge diététiques (régimes d'éviction, probiotiques, supplémentation de vitamines et d'antioxydants) et à diverses médecines complémentaires, mais les résultats sont non concluants. La corticothérapie n'a pas d'efficacité démontrée ».

Néanmoins, les auteurs s'accordent sur le type de prise en charge cognitivo-comportementale recommandée par l'experte psychiatre, soit que « La plus solide des études thérapeutiques du SFC est l'étude PACE qui démontre la supériorité, par rapport à une prise en charge standard, d'un reconditionnement à l'effort très progressif (*Graded Exercise Therapy* : GET) ou d'une thérapie cognitivo-comportementale axée sur la kinésiophobie (phobie de l'effort). L'efficacité de la GET et des thérapies comportementales sur la qualité de vie des patients souffrant de SFC se retrouve avec constance dans d'autres études plus petites, mais l'amélioration qu'elles permettent reste modérée ».

Partant, en dépit de l'appréciation du médecin traitant F_____ sur le caractère exclusivement neurologique du SFC, on constate que la prise en charge recommandée par l'experte psychiatre L_____ correspond à celle préconisée, soit une thérapie cognitivo-comportementale.

Il résulte de ce qui précède que les appréciations des médecins traitants diffèrent de celles des expertes uniquement sur la capacité de travail résiduelle. Or, lorsque l'appréciation des expertes repose sur une évaluation médicale complète, ce qui est le cas dans la présente espèce, il faut, pour la contester, que les médecins traitants fassent état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Il sera également rappelé que 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.

En l'absence de contradictions et d'indices concrets permettant de remettre en compte son bien-fondé, le rapport d'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante ; partant, la chambre de céans fait siennes les appréciations des expertes.

11.3 Dans un second grief la recourante critique le salaire sans invalidité pris en compte par l'OAI pour effectuer la comparaison des revenus et calculer le taux d'invalidité.

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

S'il est exact, comme le relève la recourante, que des symptômes de fatigue se sont déclarés dès l'année 2016, il n'en reste pas moins que l'invalidité n'a été reconnue par les expertes désignées par l'OAI, qu'à partir du mois d'avril 2024.

De plus, le parcours professionnel de la recourante montre que cette dernière a cessé de travailler dans le domaine bancaire et financier en novembre 2017, qu'elle s'est inscrite auprès de l'OCE, puis a travaillé au R_____ (ci-après : R_____) à 80% en CDD pendant cette période (rapport d'expertise du 22 mai 2025, p. 6), avant de trouver un travail à 100% chez D_____, dès le mois de novembre 2020 et ceci jusqu'en octobre 2023.

Elle déclare avoir quitté O_____ après un licenciement en masse en 2014 (rapport d'expertise du 22 mai 2025, p. 6) avant de rejoindre B_____ et mentionne avoir eu des problèmes de mémoire lorsqu'elle travaillait chez D_____.

Néanmoins, rien ne démontre que la recourante aurait poursuivi sa carrière dans le domaine financier et bancaire si elle n'avait pas connu de troubles de la santé. On relèvera notamment son activité dans une organisation internationale (le R_____) dans le cadre d'un CDD, suivie d'une activité, également dans le domaine des organisations internationales, chez D_____ dès 2020.

On peut déduire de ce qui précède que la recourante a voulu s'éloigner du domaine bancaire et financier, sans que l'on puisse au degré de la vraisemblance prépondérante, considérer que ce changement de secteur d'activité est à mettre uniquement sur le compte de la maladie.

Il est établi que la recourante a quitté le domaine bancaire et financier en novembre 2017, puis qu'elle a ensuite été capable de travailler à 80% puis à 100% dans le domaine des organisations internationales pendant presque 4 ans ; la chambre de céans considère donc que l'OAI était en droit de reprendre le revenu découlant de cette activité à titre de revenu sans invalidité.

Compte tenu de ce qui précède, le calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI est bien-fondé.

11.4 La recourante demande à être entendue et requiert l'audition de ses médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il y soit donné suite (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 127 I 54 consid. 2b) mais que ce droit n'empêche pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). En outre, il n'implique pas le droit à une audition orale ni à l'audition de témoins (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

La recourante s'étant déjà exprimée, dans le cadre des expertises et par le truchement de sa mandataire, la chambre de céans considère que son audition n'est pas nécessaire. Il en est de même de celle des médecins traitants qui se sont largement exprimés dans leurs rapports médicaux. Enfin, l'expertise réalisée par les expertes mandatées par l'OAI présentant une pleine valeur probante, une expertise judiciaire est superflue.

12.

12.1 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

12.2 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

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