

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/753/2024

ATAS/337/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, de nationalité portugaise, titulaire d'une autorisation d'établissement C, divorcée depuis 2010, exerçait une activité d'employée d'entretien et de maison.
- b.** Le 12 octobre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant un arrêt de travail depuis mai 2018.
- B.** **a.** Le 9 mai 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et maladie des articulations, a indiqué une capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 2019, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (sédentaire, administrative, permettant les changements de position toutes les une à deux heures).
- b.** L'assurée a été opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 15 octobre 2018 pour une hernie discale subligamentaire L4-L5 gauche, puis pour une récurrence le 19 octobre 2018.
- c.** Le 5 novembre 2018, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué une capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 2019 dans une activité adaptée. L'assurée présentait une épicondylite gauche chronique, des lombalgies à répétition, des hernies lombaires et un état dépressif chronique.
- d.** Le 5 mars 2019, l'assurée a été opérée aux HUG pour une récurrence de hernie discale L4-L5 gauche.
- e.** Le 4 novembre 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel remplaçait la Dre C_____, absente, a attesté de lombosciatalgies entraînant une capacité de travail limitée à 50% dès le 4 novembre 2020, dans une activité adaptée (port de charge de maximum 2 kg, avec mobilisation possible).
- f.** Le 30 novembre 2020, le Dr B_____ a attesté d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2020 à un taux de 50%. Il y avait une baisse de rendement de 80% à cause de la fibromyalgie. L'assurée présentait une épicondylite chronique du coude gauche, des lombalgies et une fibromyalgie.
- g.** Le 25 janvier 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté de trouble dépressif chronique récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité à trait de dépendance entraînant une incapacité de travail totale.
- L'assurée avait présenté un premier épisode dépressif aigu majeur avec symptômes psychotiques et idéation suicidaire et avait été hospitalisée à Belle-Idée du 22 au 24 mars 2023. Elle avait fait quatre tentatives de suicide.

h. Le 1^{er} février 2021, le docteur F_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a attesté d'une maladie discale opérée (L4-L5) avec douleurs chroniques et d'un syndrome dépressif moyen.

i. Le 3 février 2023, le Dr E_____ a attesté d'un *status* clinique inchangé et d'une capacité de travail nulle en raison de difficultés adaptatives, d'une thymie instable et de relations interpersonnelles très difficiles.

j. Le 4 février 2023, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a retenu un statut d'active en faveur de l'assurée.

k. Le 4 septembre 2023, à la demande de l'OAI, le CEMEDEX a rendu une expertise pluridisciplinaire (docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, docteurs H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, I_____, spécialiste FMH en neurologie, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie), concluant à la présence des diagnostics de lombalgies chroniques, lombosciatalgie gauche type L5, possible conflit radiculaire L5 gauche, FM1Y, sur rétrécissement foraminal L5-S1 gauche, non déficitaire sur le plan moteur, un *status* post micro-discectomie L4-L5 gauche pour hernie discale L4-L5 gauche (15.10.2018), séquestrectomie, complément de micro-discectomie et forminotomie L4-L5 gauche pour récurrence de hernie discale symptomatique le 19.10.2018 ; *status* post-TLIF L4-L5 le 05.03.2019 pour hernie discale L4-L5 récidivante ; épicondylite interne chronique du coude gauche (connue depuis 2018) ; périarthrite scapulo-humérale droite sur tendinopathie chronique du sus-épineux ; cervicalgies communes chroniques ; obésité exogène ; hypertension artérielle ; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle ; trouble de la personnalité dépendante.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charge itératif >5 kg ; pas de travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ; pas de mouvement itératif avec les poignets ; éviter les mouvements en porte-à-faux du tronc ; pas de travail en position assise ni agenouillée ; pas de travail en hauteur (escabeau, échelle) ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence.

La capacité de travail était nulle depuis le 15 octobre 2018, de 100% dans une activité adaptée du 15 octobre 2018 au 30 août 2019 et de 80% depuis le 1^{er} septembre 2019.

l. Le 21 septembre 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu à une capacité de travail nulle dès le 15 octobre 2018 et de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2019.

m. Le 8 décembre 2023, l'OAI a fixé à 12,96% le degré d'invalidité de l'assurée.

n. Par projet de décision du 13 décembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- o.** Le 2 février 2024, la Dre C_____ a certifié d'une incapacité de travail totale du point de vue psychiatrique.
- p.** Par décision du 7 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
- C.**
- a.** Le 4 mars 2024, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir qu'elle était en incapacité de travail totale et a requis sa mise à l'invalidité.
- b.** Le 26 mars 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du CEMEDEX était probante.
- c.** Le 2 avril 2024, la Dre C_____ a relevé que le Dr E_____ avait conclu à une incapacité de travail totale, contrairement à l'avis du CEMEDEX, et le 3 juin 2024, elle a estimé qu'il n'existait pas d'activité adaptée, vu les limitations fonctionnelles de l'assurée.
- d.** Le 11 avril 2024, le Dr E_____ a rendu un rapport médical attestant d'un suivi depuis le 27 mars 2020 et d'une incapacité de travail totale ; les diagnostics psychiatriques étaient ceux de trouble dépressif chronique récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et trouble de la personnalité à traits de dépendance.
- e.** Le 3 juin 2024, à la demande de la chambre de céans, la Dre C_____ s'est prononcée sur le rapport d'expertise du CEMEDEX du 4 septembre 2023 et a indiqué qu'elle ne connaissait pas d'activité adaptée aux restrictions somatiques citées ; l'assurée présentait en outre une épicondylite du coude gauche et une rhizarthrose gauche, limitant les mouvements des membres supérieurs ; le psychiatre traitant faisait état d'une incapacité de travail totale, ce qui allait à l'encontre de l'avis de l'expert psychiatre. Une contreexpertise était désirable.
- f.** Le 9 septembre 2024, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a indiqué qu'elle était incapable de travailler en raison de ses douleurs au dos et de son état psychique. Une quatrième opération du dos était envisagée, ainsi qu'une opération de la main gauche.
- g.** Le 17 décembre 2024, la chambre de céans a confié une mission d'expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour les motifs suivants : l'intimé s'est fondé sur l'expertise du CEMEDEX du 4 septembre 2023 pour retenir une capacité de travail nulle dès le 15 octobre 2018 et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} septembre 2019, ainsi qu'un degré d'invalidité de 13%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La recourante fait valoir l'avis de ses médecins traitants pour invoquer une incapacité de travail totale, soit les Drs B_____, C_____ et E_____. Du point de vue psychiatrique, le Dr E_____, qui suit la recourante depuis plus de quatre ans, fait état, le 11 avril 2024, de diagnostics totalement incapacitants. Au vu également des quatre tentatives de suicide et d'une hospitalisation à Belle-Idée en mars 2023, évoquées par le psychiatre

traitant, il convient d'admettre qu'il existe suffisamment d'éléments probants pour faire douter de l'évaluation de l'expert psychiatre du CEMEDEX, lequel a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission partielle et de trouble de la personnalité dépendante non incapacitant, en soulignant que l'évolution avait été favorable, avec une prise en charge adaptée. En particulier, le psychiatre traitant n'a pas fait état le 11 avril 2024 d'une telle évolution favorable. Au contraire, il relève que la recourante souffre toujours d'une perte de l'élan vital, d'angoisses répétitives hors de proportion avec des situations réelles familiales ou personnelles ; souvent sans activité du fait des douleurs, l'assurée est en proie à des ruminations à connotation nettement pessimiste ; insomniaque de manière rebelle malgré le traitement, l'assurée fait des cauchemars nocturnes avec réveils en sursaut, parle la nuit et éprouve de la peine à retrouver son équilibre psychique dans la matinée ; souvent isolée et découragée, la thymie de l'assurée demeure plutôt sombre, elle demeure irritable, même si ses rapports interpersonnels avec sa fille se sont quelque peu améliorés ; l'assurée vit encore des situations de perte de contrôle avec risque de passages à l'acte hétéro-agressifs, elle peut rester figée et découragée de longues heures en proie à des ruminations chroniques ; la thymie de l'assurée est donc restée labile et sujette à des facteurs de stress même mineurs, son passé dépressif, sévère et avec des tendances suicidaires avérées (quatre tentatives) laissent présager un avenir incertain et sujet à des péjorations.

Elle a réservé l'aspect somatique.

h. Le 19 mars 2025, le Dr K_____ a rendu son rapport d'expertise. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de trouble mixte de la personnalité, avec des composantes dépendantes, émotionnellement labiles et immatures, chez une assurée qui affiche un fonctionnement intellectuel limite, proche du retard mental léger.

La capacité de travail était nulle depuis mai 2018, dans toute activité. Il a intégré dans son rapport un bilan neuropsychologique du 6 mars 2025 pratiqué par L_____, psychologue FSP, concluant à un niveau d'efficacité intellectuelle de l'ordre « fonctionnement intellectuel limite, proche du retard mental léger ».

i. Le 10 avril 2025, le SMR a estimé que l'expertise psychiatrique judiciaire et l'examen neuropsychologique n'étaient pas probants. Il manquait un bilan neurocognitif et psychométrique détaillé, réalisé dans la langue maternelle de la recourante. Il a contesté la présence d'un épisode sévère du trouble dépressif. Il n'y avait pas de signe clinique de gravité des troubles retenus et les indicateurs standards allaient à l'encontre d'une incapacité de travail totale, la recourante présentant une situation socioprofessionnelle compliquée depuis toujours.

j. Le 12 avril 2025, la recourante a indiqué qu'elle n'était pas apte à travailler en raison de ses problèmes au dos et qu'elle devait à nouveau se faire opérer le 24 juin 2025.

k. Le 14 avril 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours.

l. Le 24 avril 2025, le Dr K_____ a communiqué, à la demande de la chambre de céans, une copie de la lettre de sortie des HUG du 23 octobre 2024.

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 *prima facie* recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente

tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en 2018 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en 2019, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où la recourante avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité éventuelle de sa rente subsisterait tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

3.2 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 1^{er} janvier 2008).

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

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

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

3.3.3 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

3.3.4 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 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).

3.4 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 (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 ; 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 (inévitabile) 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).

3.5

3.5.1 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

3.5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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.

3.5.3 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.5.4 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'écartier 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).

3.5.5 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 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

3.5.6 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

3.5.7 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 des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 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).

3.6

3.6.1 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).

3.6.2 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).

3.6.3 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 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

3.7 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n° 49, p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'occurrence, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, en estimant que celle du Dr J_____ du 4 septembre 2023 n'emportait pas la conviction.

4.1 Le rapport d'expertise du Dr K_____, du 19 mars 2025, tient compte de l'ensemble des pièces médicales au dossier, ainsi que de la lettre de sortie des HUG du 23 octobre 2024 (adressée directement par les HUG à l'expert), décrit les plaintes de la recourante, comprend une anamnèse détaillée avec la description d'une journée-type, des tests de la dépression et de l'anxiété, un dosage du traitement, un bilan neuropsychologique et un entretien avec le psychiatre traitant, pose des diagnostics clairs, procède à l'analyse des indicateurs standards et explique de façon convaincante une absence de toute capacité de travail de la recourante depuis mai 2018. Au demeurant, le rapport d'expertise du Dr K_____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

4.2 L'intimé conteste cette valeur probante, en se ralliant à un avis du SMR du 10 avril 2025. Les critiques émises par celui-ci ne résistent toutefois pas à l'examen.

4.2.1 Contrairement à l'avis du SMR, la neuropsychologue L_____ a estimé que son bilan neuropsychologique était concluant, dans le sens que nonobstant l'imparfaite maîtrise de la langue française par la recourante, ayant conduit à l'utilisation uniquement de l'échelle de performance WALIS-III, elle a pu conclure que la recourante présentait un fonctionnement intellectuel limite, proche du retard mental léger et un important ralentissement psychomoteur. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de retenir un examen non valide, ce d'autant que l'expert K_____ l'a intégré à ses propres conclusions, sans estimer qu'un bilan complet (intégralité de la WALIS-III) était nécessaire.

4.2.2 Le SMR critique le degré de sévérité du trouble dépressif retenu par l'expert (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques). Il reproche à l'expert de ne pas objectiver les plaintes subjectives par une hétéroanamnèse.

La description des plaintes de la recourante, exigée de l'expert judiciaire, contient les éléments rapportés par cette dernière et constitue un volet de l'expertise qui permet, entre autres éléments, de poser les diagnostics et de procéder à l'évaluation de leur caractère incapacitant ou non.

Cela dit, afin d'objectiver les plaintes, l'expert judiciaire a effectué un examen clinique, s'est entretenu avec le psychiatre traitant et a eu accès aux rapports médicaux concernant la recourante, lesquels contenaient des éléments lui permettant de mettre en regard les plaintes de la recourante et les constatations de tiers (dont les médecins intervenants), notamment cinq tentatives de suicide, soit quatre relatées par le psychiatre traitant ainsi que les HUG (lettres de sortie des 8

mai 2013 et 19 décembre 2018) et de la clinique de Montana (lettre de sortie du 30 décembre 2020), et une dernière tentative mentionnée par les HUG (lettre de sortie du 23 octobre 2024).

On peine, dans ces conditions, à comprendre en quoi une hétéroanamnèse permettrait d'objectiver les plaintes subjectives, soit une anamnèse effectuée par un tiers, sans d'ailleurs que le SMR n'indique à qui il se réfère. Cette critique doit être écartée.

Enfin, quoi qu'il en soit, l'expert judiciaire a estimé que les plaintes étaient objectivées par l'évaluation clinique et les examens complémentaires réalisés (expertise judiciaire, p. 25), de sorte qu'il a bien procédé à une évaluation du bien-fondé des plaintes de la recourante.

4.2.3 Le SMR relève que les psychiatres des HUG n'ont pas retenu d'encadrer le tentamen de septembre 2024 dans un épisode dépressif.

Selon la lettre de sortie des HUG du 23 octobre 2024, la recourante présentait un diagnostic principal de trouble de la personnalité borderline avec des antécédents dépressifs, quatre tentatives de suicide antérieures et une hospitalisation à Belle-Idée en 2013 pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle avait été hospitalisée pour mise à l'abri d'idées suicidaires (tentative du 10 septembre 2024). Il est mentionné que la suicidalité s'est rapidement amendée et qu'il n'y avait pas de franc épisode thymique ou anxieux identifié.

L'absence d'épisode franc thymique ou anxieux ne permet cependant pas d'exclure, comme le fait le SMR, la présence d'un épisode dépressif, ce que l'expert judiciaire a expliqué, en relevant que la recourante, parce qu'elle souffre d'un trouble de la personnalité, présente des atypies de la présentation dépressive : elle avait régulièrement montré dans son parcours psychiatrique qu'elle pouvait sortir de sa fenêtre de tolérance émotionnelle en affichant de l'hétéro-agressivité et/ou des menaces et comportements suicidaires ; son humeur pouvait brusquement s'effondrer puis donner l'impression d'une pseudo-normalité ; cette apparence de pseudo-normalité apparaissait notamment lors de la dernière hospitalisation aux HUG où, après un tentamen médicamenteux, la recourante avait pu rapidement « se reprendre », amenant les thérapeutes à ne pas retenir d'épisode dépressif ou anxieux associé. Il ne fallait cependant pas perdre de vue que la recourante fluctuait beaucoup dans son état émotionnel. Elle pouvait passer du « tout au rien » en peu de temps et suite à des facteurs de stress divers, ce qui était le propre des décompensations des troubles de la personnalité.

Au vu de l'explication de l'expert judiciaire, la constatation des psychiatres des HUG, qui n'ont par ailleurs pas effectué un suivi de la recourante, ne permet pas d'exclure la présence d'un épisode dépressif, lequel a, au surplus, été retenu par les HUG au titre d'antécédent personnel pertinent.

4.2.4 Le SMR nie la sévérité du trouble dépressif, en soulignant que la journée-type de la recourante montre une personne autonome et indépendante, que lors de l'expertise elle n'affichait pas une détresse profonde et que le score de l'échelle MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*) correspond à une dépression moyenne (32/60).

Or, la journée-type décrite par l'expert, si elle permet de conclure à une forme d'autonomie et d'indépendance de la recourante, qui prépare seule ses repas et effectue un peu de ménage, met aussi en avant un isolement conséquent et une importante apathie. En effet, la recourante indique aller parfois voir sa cousine si elle a suffisamment d'énergie et voir occasionnellement quelques amies, tout en refusant assez régulièrement leurs sollicitations et préférant rester seule sur son canapé, n'ayant envie de rien, soit une tendance à l'évitement relevée par l'expert judiciaire, lequel souligne qu'elle semble se renforcer au cours du temps (expertise judiciaire, pp. 12 et 22). La recourante décrit une diminution de l'intérêt et du plaisir, et l'augmentation de la fatigabilité (expertise judiciaire, p. 17). L'expert judiciaire mentionne aussi une baisse des activités sur le plan social et un isolement affectif depuis l'atteinte à la santé (expertise judiciaire, p. 26). Le psychiatre traitant a également souligné que la recourante avait des liens sociaux pauvres ou inexistants (rapport du 25 janvier 2021 du Dr E_____), la recourante étant souvent isolée et découragée, pouvant rester figée et de longues heures en proie à des ruminations chroniques (rapport du 11 avril 2024 du Dr E_____).

S'agissant de l'absence de dépression profonde mentionnée par l'expert judiciaire lors de l'examen clinique et relevé par le SMR, elle a été expliquée par l'expert judiciaire, lequel a souligné qu'elle était due à une atypie de la présentation dépressive en lien avec le trouble de la personnalité de la recourante (expertise judiciaire, pp. 18-19), de sorte qu'elle n'est pas, dans ce contexte, à même de mettre en doute la sévérité du trouble attestée par l'expert judiciaire.

Quant au score de l'échelle de MADRS (32/60), l'expert judiciaire a estimé qu'il allait dans le sens d'une symptomatologie dépressive sévère ou encore qu'il était compatible avec une telle symptomatologie (expertise judiciaire, pp. 15 et 18). Le fait que la dépression sévère soit indiquée pour un score au-delà de 34 points, soit légèrement plus haut que le score de la recourante, ne fait ainsi pas obstacle à la présence d'une symptomatologie sévère, ce d'autant que le test n'est qu'un élément parmi tous ceux pris en compte par l'expert judiciaire pour effectuer son appréciation.

4.2.5 S'agissant du trouble de la personnalité, le SMR semble relativiser sa gravité en relevant que le traitement médicamenteux de la recourante n'avait pas été adapté à la suite des deux derniers tentamen, que lors de la dernière hospitalisation, il était relevé que la suicidalité s'était rapidement amendée et qu'enfin, certains domaines de la personnalité n'étaient pas affectés (liens sociaux).

Le SMR semble faire tout d'abord référence à la tentative de suicide de la recourante du 10 septembre 2024, ayant nécessité une hospitalisation aux HUG du 12 au 19 septembre 2024, mais n'indique pas précisément à quel autre tentamen il se réfère. En effet, l'expert judiciaire a mentionné non pas une tentative mais des idées suicidaires quinze jours avant l'entretien d'expertise (expertise judiciaire, p. 18) et le psychiatre traitant a relevé, dans son rapport du 25 janvier 2021, quatre tentatives de suicide plus anciennes. Quoiqu'il en soit, l'expert judiciaire a estimé que le traitement médicamenteux composé de l'association de deux antidépresseurs était adéquat et que la recourante était compliant (un surdosage étant même suspecté pour un antidépresseur). Dans ces conditions, l'absence d'un stabilisateur de l'humeur, comme souligné par le SMR, n'apparaît pas déterminant.

Enfin, l'amendement rapide de la suicidalité, constaté lors de la dernière hospitalisation aux HUG, ne signifie pas encore que la symptomatologie dépressive n'est pas sévère, ce d'autant dans le contexte du trouble de la personnalité susdécrit.

Le SMR met en avant la préservation des relations sociales de la recourante (cousine, petits-enfants, amies), ce qui ne correspond toutefois pas au constat de l'expert judiciaire, lequel a souligné la perturbation significative de la capacité de la recourante à établir des liens affectifs stables (crise de couple, lien instable avec la fille, cercle limité d'amis - expertise judiciaire, pp. 12, 22 et 24), avec une tendance à l'évitement, ni à celui du psychiatre traitant qui a fait état d'un isolement social de la recourante (rapports du Dr E._____ des 25 janvier 2021 et 3 février 2023). Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, l'expert judiciaire, après avoir opéré une évaluation structurée des limitations fonctionnelles selon la Mini-CIF-APP, a conclu à des limitations psychiques significatives, susceptibles d'impacter la capacité de travail (expertise judiciaire, p. 24).

4.2.6 Le SMR estime que l'analyse des indicateurs standards va à l'encontre d'une incapacité de travail totale.

4.2.6.1. Le SMR relève des incohérences lors de l'examen neuropsychologique et lors de l'entretien avec l'expert. Or, tout d'abord la neuropsychologue n'a pas considéré que la réussite de certains items difficiles et l'échec de certains items faciles invalidaient les tests ou encore témoignaient d'une incohérence de la part de la recourante.

S'agissant ensuite de l'entretien d'expertise, on peine à comprendre en quoi le fait de montrer un comportement douloureux uniquement en début et en fin d'entretien témoignerait d'une incohérence. En effet, l'expert judiciaire a relevé que ce n'était que de façon discrète que la recourante se plaignait de ses douleurs, décrites sur un mode assez diffus (expertise judiciaire, pp. 13 et 17). La recourante était entrée dans la salle d'entretien en montrant qu'elle avait mal et avait quitté

son siège sur le même mode, en relevant que les douleurs devenaient plus fortes lorsqu'elle était assise longtemps (expertise, p. 14).

Une incohérence aurait pu être constatée si la recourante s'était par exemple plainte de douleurs quotidiennes importantes et permanentes tout en manifestant de la douleur seulement au début et en fin d'entretien, ce qui n'a cependant pas été le cas en l'espèce.

Les plaintes de la recourante sont ainsi corrélées aux constatations de l'expert judiciaire, lequel a souligné le fait que, lors de son expertise, les plaintes psychiques étaient prédominantes (expertise judiciaire, p. 17).

Enfin, l'expert judiciaire a, au contraire, considéré de façon convaincante, que le tableau psychiatrique observé était dans l'ensemble cohérent. Il a retenu que les diagnostics psychiatriques comportaient une composante de trouble de la personnalité mixte et un faible bagage intellectuel qui pouvaient occasionner quelques atypies et une présentation légèrement dramatisée des douleurs. Ces atypies découlaient directement des troubles psychiques retenus. Les comportements de la recourante (en particulier son impulsivité et ses appels à l'aide avec menaces ou comportements suicidaires) découlaient aussi directement des affections retenues. Ainsi, le comportement était en concordance avec l'atteinte psychiatrique. Globalement, les limitations pouvaient être considérées comme étant présentes dans la majorité des secteurs de la vie, avec une baisse des activités au niveau social et un isolement affectif (expertise judiciaire, pp. 25-26).

4.2.6.2. S'agissant de l'axe personnalité, l'expert judiciaire a posé le diagnostic de trouble de la personnalité, lequel limitait significativement les ressources adaptatives de la recourante et entraînait, avec le trouble dépressif et les faibles ressources intellectuelles, des limitations psychiques significatives, susceptibles d'impacter la capacité de travail (expertise judiciaire, pp. 24 et 27).

Le contexte de vie de la recourante montrait un isolement, une absence de soutien affectif et était restreint aux contacts limités avec quelques amies et une cousine. De façon globale, la capacité à fournir et à recevoir un soutien affectif de qualité était moyennement abaissée (expertise judiciaire, pp. 24 et 27).

Au vu de cette description, et contrairement à l'avis du SMR, les ressources sociales de la recourante à même de l'aider à surmonter l'atteinte à sa santé ou ses effets ne sont pas inexistantes mais sont loin d'être significatives.

4.2.6.3. S'agissant du traitement, l'expert judiciaire a relevé que la recourante était engagée dans les soins psychiatriques, ce qui n'est pas contesté par l'intimé.

4.2.6.4. En outre, la recourante subit, selon l'expertise du CEMEDEX, des comorbidités somatiques incapacitantes à hauteur de 100% dans l'activité habituelle et à hauteur de 20% dans toute activité adaptée, élément qui aggrave le tableau psychique.

4.2.6.5. Enfin, le SMR reproche à l'expert judiciaire l'absence de dosage des marqueurs biologiques de la consommation d'alcool. À cet égard et dans la mesure où les dosages effectués par le CEMEDEX n'ont montré aucun signe d'une intoxication aiguë ou chronique d'alcool ou d'autres substances, la réalisation d'un nouveau dosage n'apparaît pas déterminante (expertise CEMEDEX, p. 36 et annexes).

4.3 Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire peuvent être suivies, la recourante étant reconnue totalement incapable de travailler depuis mai 2018.

En conséquence, il n'est pas nécessaire d'analyser le volet somatique du dossier, cet aspect ayant été réservé lors de l'ordonnance de l'expertise judiciaire.

- 5.** Vu le dépôt de la demande de prestations le 12 octobre 2018 et le délai de carence d'un an, qui vient à échéance le 30 avril 2019, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} mai 2019.

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2019.

La recourante, qui n'est pas représentée en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des 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]).

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. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 février 2024.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2019.
5. Met un émolument de CHF 200.- à 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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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