RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/787/2019 **ATAS/160/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1969, s'est mariée en 1992 après avoir suivi la scolarité obligatoire au Kosovo et est restée au foyer pour s'occuper de ses enfants, nés en 1995 et 1997. L'assurée a quitté son pays en 1999, après le massacre, dans le cadre du conflit se déroulant en ex-Yougoslavie, de cinquante hommes, au nombre desquels son mari, âgé d'à peine 30 ans. Réfugiée avec ses enfants en Suisse, elle y a suivi des cours de français et est restée plusieurs années inactive avant d'exercer une activité de nettoyeuse à 75% entre 2008 et 2011.

2. A compter de mai 2011, l'assurée a été en incapacité de travail, d'abord pour des atteintes psychiques, puis en raison de douleurs rhumatologiques.

3. L'assurance perte de gain de son employeur a demandé une expertise au docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a rendu son rapport en date du 20 décembre 2011.

   L'expert a retenu le diagnostic de lombosciatique S1 gauche dans le contexte d'une discopathie inflammatoire L5-S1 et d'une hernie discale L5-S1 gauche. Il a suggéré un traitement corticostéroïdien per os dans le double but d'atténuer l'irritation radiculaire et d'atténuer les douleurs liées à la discopathie inflammatoire. Il a également préconisé le port d'un lombostat baleiné et des exercices de renforcement musculaire de la ceinture abdominale et de la musculature paravertébrale au niveau lombaire.

   Dans la profession de femme de ménage, la capacité de travail était nulle, les douleurs étant bien corroborées par les examens d'imagerie.

   Dans une profession adaptée, c'est-à-dire légère, n'impliquant ni position statique prolongé, ni port de charges, ni position en porte-à-faux du rachis, la capacité de travail était de 50% au moins, probablement davantage par la suite. Le pronostic n'était pas très favorable, la discopathie inflammatoire étant relativement difficile à traiter.

4. Le 7 mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un arrêt de travail à 100% depuis le 2 mai 2011, puis à 50% depuis le 1er mars 2012.

5. Ont été versés au dossier, notamment :

   - un rapport de mai 2011 du docteur C_____, concluant à des lombalgies sur discopathies dégénératives et à un rendement réduit à 50% au moins dans l'activité habituelle ;

- un rapport de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 30 janvier 2012, indiquant que l'assurée se plaignait de douleurs du membre supérieur droit augmentées au mouvement et également présentes la nuit ; une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale de 2009 avait montré une protrusion C7-D1 ; le médecin notait des troubles statiques de la région dorsale, une mobilité cervicale très limitée dans tous les plans, une sensibilité de toute la région paracervicale droite et concluait à des cervicobrachialgies droites probablement irritatives accompagnées d'un important trouble dépressif ;

- un bref rapport du 8 juin 2012, du docteur E_____, du département de médecine interne et rhumatologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), concluant à un syndrome radiculaire L5 gauche chronique et à un état dépressivo-anxieux sévère ; l'évolution clinique était défavorable, malgré une modification aux niveaux pharmacologique et physiothérapeutique ; un bloc facettaire L5-S1 n'avait pas entraîné de diminution transitoire significative des symptômes, ce qui permettait d'exclure une composante articulaire aux douleurs ;

- un rapport du docteur F_____, de la consultation du rachis, du 19 juin 2012, concluant à un syndrome douloureux chronique en expliquant que l'imagerie se corrélait avec la symptomatologie, mais n'expliquait pas toutes les douleurs chez une assurée assez démonstrative avec des zones palpées très sensibles ;

- un rapport de la doctoresse G_____, médecin-traitant, du 7 novembre 2012, faisant état d'une lombalgie, d'un état dépressif et de sciatalgies ; la compliance était optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen clinique bonne ;

- un rapport rédigé le 15 décembre 2012, par la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, attestant d'une dépression majeure récurrente depuis janvier 1999, d'un suivi depuis juillet 2012 et d'une totale incapacité de travail, probablement définitive, dans l'activité habituelle ; les limitations étaient essentiellement liées aux atteintes radiculaire et gynécologique mais s'y ajoutaient des limitations en termes de concentration, d'adaptation et de résistance dues à un syndrome de stress post traumatique (PTSD), à la dépression et de l'anxiété ;

- deux avis émis par le service médical régional (SMR) les 26 juin et 31 octobre 2013, préconisant une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurochirurgicale ;

- le rapport émis par la clinique Corela le 24 juin 2016, comportant 155 pages et retenant en substance que l'assurée souffrait depuis 2009 de douleurs cervicales irradiant dans l'épaule droite et d'une paresthésie de la main droite ; l'examen clinique avait montré des amplitudes de mobilité normales et aucun signe en faveur d'une compression ou d'une irritation radiculaire ; l'IRM cervicale pratiquée en janvier 2014 mettait en évidence, par rapport à celle de juin 2009, une protrusion discale médiane C7-D1, sans myélopathie, ni compression radiculaire, une électroneuromyographie (ENMG) pratiquée fin octobre 2010 avait mis en évidence un léger ralentissement de la vitesse de conduction

sensitive du nerf médian au carpe témoignant d'un syndrome de tunnel carpien ; au niveau lombaire, les plaintes remontaient à 2011, avec une sciatalgie, puis une lombosciatalgie, l'IRM du rachis lombaire de mai 2011 avait mis en évidence une dégénérescence discale L5-S1 et un listhésis de la vertèbre L5-S1 de grade I, ainsi qu'une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche exerçant une contrainte sur la racine S1 ; sur l'IRM lombaire pratiquée en février 2015, la hernie avait disparu, ainsi que la compression radiculaire ; l'ensemble des douleurs s'étendait également aux membres inférieurs, aux genoux et au coude droit, associées à des céphalées et à une asthénie ; sur le plan psychique, il a été noté que l'assurée avait été exposée à un événement traumatique en 1999, dans son pays en guerre : elle avait été enfermée et mise en situation d'être abattue, tandis que son mari avait été exécuté ; par la suite, elle avait présenté l'ensemble des critères d'un état de stress post-traumatique décrit comme étant en rémission depuis 2008, date du début de l'activité professionnelle ; persistaient cependant quelques plaintes thymiques, mais le tableau clinique ne correspondait pas à un diagnostic de trouble de l'humeur ; l'atteinte psychique présentée en 2012 ayant motivé le début d'un suivi par un psychiatre était caractéristique d'un trouble de l'adaptation et était en rémission ; l'assurée avait la capacité de surmonter les douleurs ; la capacité de travail était totalement préservée, même dans l'activité habituelle ;

- le 11 octobre 2016, le SMR s'est écarté des conclusions de l'expertise s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, au motif que les atteintes orthopédiques, cervicales et lombaires justifiaient une totale incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse ; pour le reste, il a suivi les conclusions de l'expertise : la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée depuis le 1er novembre 2011.

6. Le 27 octobre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

7. Par courrier du 14 novembre 2016, l'assurée a contesté ce projet en alléguant être totalement incapable d'exercer la moindre activité.

8. Le 23 novembre 2016, la Dresse H_____ a appuyé sa démarche en contestant les conclusions de l'expertise et en maintenant que devaient être retenus les diagnostics de dépression majeure récurrente, de PTSD et d'anxiété massive.

   Le psychiatre traitant s'est insurgé contre le diagnostic de « trouble de l'adaptation » retenu après le massacre auquel sa patiente avait survécu, soulignant que l'intéressée continuait de souffrir de rêves et cauchemars et de remémorations quasi permanentes.

9. Le 28 novembre 2016, le médecin traitant a soutenu à son tour la démarche de sa patiente auprès de l'OAI dans un courrier rappelant que l'assurée souffrait de douleurs lombaires d'origine mixte, mécaniques et inflammatoires, secondaires à une hernie discale L5-S1, résistantes aux divers traitements ainsi qu'à une infiltration. S'y ajoutaient des douleurs cervicobrachiales droites avec des troubles vasomoteurs et une faiblesse se traduisant par un lâchage d'objets, ainsi que des gonalgies droites sur ulcération cartilagineuse, des douleurs abdominales

chroniques, un syndrome de la vessie irritable obligeant l'assurée à se rendre aux toilettes quasiment toutes les demi-heures, de jour comme de nuit, ainsi que des douleurs du poignet gauche sur kyste synovial. La patiente, en grande souffrance, aussi bien psychiquement que physiquement, était totalement incapable d'exercer une activité lucrative.

10. Le SMR, le 20 février 2017, a admis au vu des éléments apportés par le psychiatre traitant la nécessité de mettre sur pied une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a rendu son rapport en date du 17 juillet 2017.

    À l'issue d'un rapport détaillé, l'expert a retenu à titre de diagnostic invalidant un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2012. Il a également mentionné, en estimant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique de 1999 à 2001, ayant évolué vers une modification durable de la personnalité, une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe depuis 2002, un trouble somatoforme douloureux persistant peu probable versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indice de gravité très probables.

    Il y avait eu, selon l'expert, des épisodes dépressifs récurrents moyens avec syndromes somatiques évoluant depuis janvier 2012 dans un contexte de douleurs chroniques avec un substrat organique au moins partiel chez une assurée fragilisée par une modification traumatique de la personnalité suite à une situation de guerre.

    Il existait des limitations fonctionnelles significatives et modérées en lien avec les diagnostics retenus (fatigue, ralentissement psychomoteur modéré, trouble de la concentration modéré, isolement social partiel, attitudes anxieuses face à des situations rappelant le traumatisme, cauchemars, repli sur soi modéré avec des relations interpersonnelles perturbées), mais pas d'aboulie, ni d'anhédonie.

    Etait relevée l'absence d'hospitalisation en psychiatrie et de changement des traitements et de la posologie depuis le début de la prise en charge, en 2012.

    Pour le surplus, l'expert confirmait l'absence de valeur probante, d'un point de vue psychiatrique, de l'expertise de la clinique Corela en expliquant pour quelles raisons.

    En définitive, il a conclu à une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement, essentiellement en raison d'un épisode dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique depuis janvier 2012 en précisant que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée douze mois plus tard, après mise en place d'un traitement adéquat comportant un traitement antidépresseur changé et mise en place d'une psychothérapie idéalement hebdomadaire.

11. Le dossier de l'assurée a alors été soumis une nouvelle fois au SMR qui, le 15 août 2017, s'est rangé à ses conclusions. Aux limitations fonctionnelles s'ajoutaient les

limitations psychiques retenues par l'expert et précisées comme suit le 30 avril 2018 : limitations fonctionnelles liées aux atteintes somatiques (cervicobrachialgies droites sur dégénérescence discale C7-D1 et lombalgies sur dégénérescence des disques L4-L5, L5-S1 et hernie gauche L5-S1 avec compression de la racine S1) : épargne du rachis cervical et lombaire, absence de port de charges, alternance des positions, pas de position en porte-à-faux du rachis lombaire, pas de position prolongée en hyperextension ou hyperflexion du rachis cervical et pas d'activité membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ; limitations fonctionnelles liées à l'atteinte psychique (trouble dépressif moyen avec syndrome somatique) : privilégier le poste le moins stressant possible, ne requérant pas une concentration soutenue (activité simple) et impliquant peu d'interaction avec autrui.

12. Par décision du 29 janvier 2019, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, que ce soit sous forme de reclassement ou de rente d'invalidité.

    L'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 2 mai 2011, mais a estimé qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à 50% depuis le 1er janvier 2012. En conséquence de quoi, il a comparé le revenu avant invalidité (CHF 41'562.- selon le rapport d'employeur : revenu de CHF 31'172.- à 75% en 2012 correspondant à un revenu de CHF 41'562.- à 100% en 2012), avec le revenu après invalidité, soit CHF 25'721.-, ce qui l'a conduit à une perte de gain de CHF 15'841.- correspondant à un degré d'invalidité de 38%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

    Pour le surplus, l'OAI a estimé que le marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités simples et légères accessibles sans aucune formation particulière et qu'en conséquence, des mesures professionnelles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage.

13. Par écriture du 25 février 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie, psychiatrie et urologie) et, quant au fond, à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

    La recourante fait valoir que l'expertise de la clinique Corela ne saurait se voir accorder la moindre valeur probante. Elle fait remarquer que le SMR s'en est d'ailleurs écarté sur plusieurs points importants.

    La recourante reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Elle fait remarquer que, l'expertise de la clinique Corela devant être écartée, il n'y a pas de documents au dossier instruisant de manière globale son état de santé, d'un point de vue tant rhumatologique que neurochirurgical. Elle en tire la conclusion qu'une expertise pluridisciplinaire traitant de l'ensemble de ses affections, neurologiques, rhumatologiques, psychiatriques, voire même urologiques est nécessaire. En particulier, aucune réévaluation psychiatrique n'a été effectuée par l'intimé, alors

même que, dans son expertise, le Dr I_____ notait que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée.

La recourante insiste pour que l'expertise soit effectuée par la Cour, motif pris du manque de célérité de l'intimé.

Pour le surplus, elle s'interroge sur le type d'activité qui pourrait être exigé de sa part, au vu de l'ensemble des atteintes à sa santé.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 mars 2019, a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'expertise de la clinique Corela, l'intimé fait valoir qu'il n'est pas établi que l'expertise a été réalisée à l'époque où le responsable médical du département expertise modifiait le contenu des rapports.

Pour le surplus, l'intimé fait remarquer que le SMR s'est écarté des conclusions du rapport d'expertise s'agissant de la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle.

Sur le plan psychiatrique, il allègue avoir, sur la suggestion du psychiatre traitant, mis sur pied une nouvelle expertise, qui a conclu à une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement dans toute activité adaptée d'un point de vue somatique.

L'intimé considère que l'instruction du dossier est suffisante car elle repose non seulement sur le rapport de la clinique Corela, mais également sur celui du Dr I_____ et sur l'appréciation du SMR.

S'agissant plus particulièrement du calcul du degré d'invalidité, l'intimé explique n'avoir appliqué aucune réduction au salaire d'invalide parce que les limitations fonctionnelles et le fait que seules des activités légères puissent être prises en considération a été pris en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail. Il maintient que, dans le cas d'espèce, un marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées.

15. Dans sa réplique du 10 avril 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

En premier lieu, elle fait remarquer que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'est plus possible de se fonder sur les rapports de la clinique Corela pour fonder une décision.

Elle maintient qu'une expertise pluridisciplinaire s'impose, dès lors que le rapport de la clinique doit être écarté dans ses aspects somatiques, d'une part, que l'expert psychiatre lui-même a indiqué qu'il convenait de revoir le dossier douze mois plus tard, d'autre part.

Pour le surplus, elle demande que l'intimé effectue un examen concret des différentes activités susceptibles d'entrer en ligne de compte.

16. Dans sa duplique du 7 mai 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

À titre d'exemple d'activités pouvant entrer en ligne de compte, il cite celles de surveillant de cantine scolaire, contrôleur/visiteur en salle blanche dans l'industrie légère.

17. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 13 février 2020.

18. La doctoresse J_____, spécialiste FMH médecine interne, ayant pris la succession de la Dresse G_____ en tant que médecin-traitant de l'assurée, a indiqué partager la position exprimée par celle-ci le 28 novembre 2016. Elle a précisé que, depuis, avait eu lieu une intervention du tunnel carpien et des infiltrations lombaires et que, désormais les deux poignets posent problème, le droit depuis 2015 déjà (l'opération pratiquée en août 2018 n'a pas permis de résoudre tous les problèmes de mobilité dont une partie s'explique par les problèmes cervicaux et une maladie de SUDECK s'est déclarée après l'intervention, provoquant des douleurs qui répondent difficilement au traitement et une incapacité à mobiliser la main qui peuvent durer entre six mois et deux ans).

    Pour le surplus, l'assurée souffre d'un état dépressif sévère depuis plusieurs années et d'un stress post-traumatique suite au décès précoce de son père, à l'assassinat de son mari sous les yeux de sa femme et de leurs enfants, à la peur qu'elle a eu pour sa propre vie et au décès de deux de ses sœurs. Ces traumatismes se sont enchaînés trop vite pour qu'elle puisse les "digérer". Aujourd'hui encore, les symptômes sont clairement présents et le diagnostic ne fait aucun doute pour le médecin. Cet état psychique a des conséquences sur l'état somatique, puisqu'il abaisse le seuil de la douleur. A l'inverse, les douleurs chroniques et continues et les insomnies qu'elles peuvent engendrer ont un impact sur l'était psychique, puisqu'elles entraînent une baisse du moral, de l'énergie et de la motivation. Les atteintes psychiques et physiques contribuent à l'incapacité même si les premières sont au premier plan. Au niveau des plaintes, ce sont cependant surtout les atteintes physiques qui sont évoquées.

    Depuis 2016, l'incapacité de l'assurée est totale et ce, quelle que soit l'activité envisagée, au vu de ses limitations physiques et psychiques. S'y ajoute le fait qu'elle est âgée de 51 ans, sans formation et qu'elle maîtrise mal le français écrit. Qui plus est, ses ressources psychiques mobilisables sont faibles.

    Le témoin a exprimé l'avis que seule une activité en atelier protégé à raison de deux ou trois heures par jour serait envisageable. Même dans l'hypothèse où on trouverait une activité totalement adaptée, il y aurait une baisse de rendement en raison de limitations bien présentes au niveau des membres supérieurs et du dos, de l'obligation de l'assurée de s'absenter toutes les trente minutes pour uriner et du ralentissement psychomoteur induit par son état.

19. Entendu à son tour, le docteur K_____, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, a expliqué avoir reçu l'assurée une première fois en consultation en 2007. Elle a ensuite été suivie par un collègue en 2013, puis par lui, régulièrement, depuis décembre 2019 (consultation en décembre et bilan approfondi en janvier).

Le diagnostic est celui de trouble mictionnel, plus particulièrement d'incontinence avec urgence mictionnelle et difficultés à vider la vessie. Le terme de "vessie irritable" utilisé par la Dresse G_____ en 2016 est un synonyme approximatif. L'assurée fait état d'un besoin de se rendre au toilettes dix fois par jour et sept fois par nuit environ.

Comme elle ne dispose plus que d'un seul rein, il est impératif de veiller à ce que la pression ne soit pas trop élevé dans la vessie afin de ne pas endommager le rein restant.

La situation est présente depuis une vingtaine d'années.

Il existe des solutions envisageables pour améliorer la symptomatologie par le biais de petites interventions (injection de botox pour calmer la vessie par exemple, ou encore neuro-modulation). Cela pourrait amener une amélioration en termes de capacité de travail. Selon le témoin, la seule problématique urologique affecte partiellement la capacité de travail en tant qu'elle implique de s'absenter toutes les heures d'une part, un sommeil perturbé et non réparateur d'autre part.

Le bilan auquel il a été procédé en janvier a confirmé la difficulté à la vidange vésicale et les pressions intra-vésicales. Un premier médicament a été testé et n'a pas été bien supporté. La neuro-modulation devrait permettre d'améliorer la situation.

20. Le docteur L_____, spécialiste FMH chirurgie de la main, a indiqué avoir été consulté en 2018 pour un problème de tunnel carpien au poignet droit. Une intervention a été pratiquée le 28 août 2018, qui n'a malheureusement pas eu le résultat escompté. En effet, les fourmillements ont subsisté, ce qui est inhabituel, mais pas exceptionnel, puisque la compression du nerf peut intervenir à différents étages, notamment à l'émergence des racines au niveau de la nuque. Or, l'assurée souffre d'un problème de cervicales et un examen vasculaire a montré que la situation était par ailleurs normale au niveau de la clavicule. Deux mois après l'opération, la main était enflée et douloureuse.

    En novembre 2018, l'assurée a chuté sur sa main droite et s'est fracturé l'extrémité du radius. Cette atteinte s'est résolue assez rapidement, mais des douleurs importantes résiduelles ont subsisté. Si certaines s'expliquent par les suites de l'intervention (au niveau de la cicatrice), les autres et l'œdème ont été imputés à une algoneurodystrophie de SUDECK.

    A gauche, l'assurée souffre d'un kyste arthro-synovial douloureux, d'une part, de douleurs au niveau de l'articulation radio-cubitale inférieure, d'autre part. Ces dernières s'expliquent sans doute par le pincement du ligament triangulaire entre le cubitus et les os du poignet.

    La mobilité n'est pas limitée, mais les douleurs sont présentes aux activités manuelles et aggravées durant la nuit, ce qui perturbe le sommeil.

En janvier 2018 le docteur M_____, neurologue, mentionnait déjà un gonflement de la main droite le matin au réveil.

Si une activité manuelle reste techniquement possible, c'est avec une diminution de rendement d'au moins 30%. Théoriquement, une activité n'impliquant ni usage des mains, ni travail en force serait exigible à plein temps avec une diminution de rendement de 10% pour faire des pauses, en tenant compte des seules limitations des membres supérieurs.

21. La Dresse H_____, psychiatre traitant, a indiqué que la situation telle que décrite en novembre 2016 ne s'est pas améliorée, au contraire, l'expertise de la clinique Corela a contribué à aggraver la situation, en ce sens qu'elle l'a cristallisée et a induit au surplus chez sa patiente une méfiance envers les experts.

S'agissant de l'avis du Dr I_____, le témoin a émis l'avis qu'il avait pu être moins sensible à la détresse de l'assurée et au contexte. La Dresse H_____ a indiqué ne pas partager sa philosophie et son « état d'esprit ». Elle lui reproche d'avoir sous-estimé l'état dépressif de sa patiente, dont elle maintient qu'il ne doit pas être qualifié de moyen mais de sévère, vu en particulier son incapacité à progresser malgré les multiples traitements suivis et l'importance de son isolement social.

La compliance de la patiente ne fait aucun doute et a été confirmé notamment par un dosage du Cymbalta en 2014.

Le témoin a précisé que sa patiente a pris plusieurs antidépresseurs : du Cymbalta, du Cipralex et du Brintellix, ainsi que du Lyrica. Selon le psychiatre traitant, la fluoxétine est à écarter car elle reste six semaines dans le sang, ce qui peut avoir des conséquences chez une patiente qui ne dispose plus que d'un seul rein.

Quant à la fréquence de la psychothérapie, l'augmenter aurait des répercussions en termes de frais pour la patiente qui dispose d'un budget déjà réduit. Qui plus est, cela impliquerait une disponibilité de la patiente, mais également du thérapeute. Enfin, l'assurée s'est murée dans ses traumatismes, de sorte qu'elle ne peut avoir accès aux bienfaits de la psychothérapie pour des raisons émotionnelles.

Le témoin a confirmé l'existence d'une interaction évidente entre les atteintes physiques et psychiques, ces dernières contribuant à l'abaissement du seuil de la douleur, les premières au niveau du moral.

D'un point de vue strictement psychique, au vu des ressources de sa patiente, elle a estimé qu'une activité ne saurait être exigée au-delà de 50% au maximum et ce, après une progression très lente (sur deux ans) ayant débuté par une activité de type socio-occupationnel et à condition de trouver la réinsertion adaptée. Cependant, au vu des ressources de l'assurée, il semble difficilement envisageable d'exiger d'elle qu'elle change d'activité.

Le témoin a souligné l'absence d'exagération de symptômes de la part de l'assurée dont il a été rappelé qu'elle a eu à affronter des situations terribles. La

symptomatologie est l'expression de sa détresse, qui est grande, et elle ne pourra diminuer que si la seconde peut être traitée, ce qui paraît difficile.

22. Dans ses écritures après enquêtes du 10 mars 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours en se référant à un avis émis par le SMR le 10 mars 2020.

    En substance, celui-ci y estime que l'évolution s'est avérée satisfaisante, puisque le Dr L_____, chirurgien de la main, a admis une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 10% dans une activité adaptée. Quant aux autres médecins interrogés, le SMR a estimé qu'ils n'ont amené aucun élément objectif permettant une appréciation différente du cas.

    Le Dr L_____ a décrit une aggravation de l'état de santé le 28 août 2018, concrétisé par la nécessité d'une opération du syndrome du tunnel carpien et une fracture du poignet en novembre 2018, suivi du développement d'un syndrome de Sudeck. Il faut dès lors reconnaître une incapacité de travail totale dans un premier temps puis nulle dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 10%.

    Quant au problème gynécologique, le SMR souligne qu'il est présent depuis une vingtaine d'années et n'a pas empêché l'assurée de travailler. Dès lors, toute activité permettant un accès libre aux toilettes est envisageable.

23. La recourante a également persisté dans ses conclusions par écriture du 2 mars 2020.

    Elle estime que l'audition de la Dresse H_____ a démontré que son état dépressif a été sous-estimé par le Dr I_____.

    Quant au Dr L_____, il a confirmé que la situation au niveau de sa main droite était insatisfaisante et noté la présence d'un kyste arthrosynovial douloureux au niveau de la main gauche.

    Enfin, le fait de devoir se rendre fréquemment aux toilettes affecte partiellement sa capacité de travail, ainsi que son sommeil.

    La recourante en tire la conclusion que, dans l'ensemble, ses médecins notent une baisse de sa capacité de travail, de son rendement et attestent de la non-stabilisation de son état de santé. Tous ces éléments réduisent sa capacité de travail à néant dans toute activité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant devant la Chambre de céans le 1er janvier 2021, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

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

7. 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. 28a al. 1 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

   Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

   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).

9. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

   Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des

symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

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

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

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

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que

l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, l'intimé, s'il admet la totale incapacité de l'assurée à exercer son activité habituelle depuis mai 2011, estime en revanche qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible à 50% depuis janvier 2012. Il se fonde pour cela sur le volet somatique de l'expertise de la clinique Corela, sur l'expertise psychiatrique du Dr I_____ et sur l'avis du SMR.

    La recourante, quant à elle, conteste pouvoir exercer la moindre activité lucrative et reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Elle sollicite une expertise judiciaire pluridisciplinaire pour évaluer son état de santé dans sa globalité.

    Dans un arrêt 2C_32/2017, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du "département expertise" de la clinique Corela avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne - responsable médical du "département expertise" - avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le "département expertise" n'était pas contraire au droit (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité).

    Dans un arrêt ultérieur (9F_5/2018 du 16 août 2018), le Tribunal fédéral a répété qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un

autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que les manquements constatés au sein du "département expertise" dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique Corela soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 consid. 7.1) et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267 ; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence ; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2).

En l'occurrence, l'expertise rendue le 24 juin 2016 au sein de la clinique Corela, sur laquelle s'est fondé l'intimé et son SMR, à tout le moins pour l'évaluation des atteintes somatiques, a été réalisée à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, cette expertise ne peut servir de fondement pour statuer sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

Ainsi que l'a relevé le Tribunal fédéral, peu importe de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 3 mars 2014, établi sous l'enseigne de la clinique (cf. arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438).

Il ressort de ce qui précède qu'aucune valeur probante ne peut être reconnue à l'expertise sur laquelle il s'est partiellement fondé pour statuer. Si le volet psychiatrique a fait l'objet d'une nouvelle expertise, tel n'est pas le cas des aspects somatiques, que le SMR a évalué en se fondant sur l'expertise de la clinique.

Au vu des circonstances, il apparaît que l'ensemble des atteintes n'a pas fait l'objet d'investigations suffisantes, en particulier, les atteintes aux membres supérieurs, évoquées par les témoins lors de leur audition. Se pose également la question de l'existence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux – évoqué par le Dr F_____ – et de son éventuel caractère invalidant, ainsi que celle de l'existence d'un trouble de stress post traumatique, niée par l'expert mais documentée par le psychiatre traitant, et du degré de gravité des autres atteintes psychiques, également contesté, étant rappelé que, 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. Une telle appréciation n'a jamais eu lieu en l'occurrence, étant rappelé que celle effectuée par la clinique doit être totalement écartée du dossier.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît qu'en l'état, le dossier ne contient aucun document médical suffisamment étayé pour permettre de se déterminer sur l'ensemble des atteintes de l'assurée et leur impact sur sa capacité de travail.

D'après la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. En l'occurrence, un simple mandat d'expertise judiciaire ou une mesure d'instruction ponctuelle ne suffira pas à élucider l'état de fait, trop complexe. On relèvera à cet égard que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 6 août 2018 mentionné supra, a renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'autorité administrative et non au tribunal cantonal. Dans la mesure où l'instruction doit être reprise quasiment intégralement, on ne saurait en effet priver l'assurée d'un degré de juridiction.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 29 janvier 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme décrite dans les considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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