RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/831/2022 **ATAS/61/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2023

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1979, originaire du Kosovo, titulaire d'un diplôme de sage-femme, entrée en Suisse en juin 1999, mère de deux enfants nés en 2009 et 2011, a exercé en Suisse une activité de manutentionnaire, aide-soignante et serveuse.

b. Elle a présenté une incapacité de travail totale depuis le 1er décembre 2015.

B. **a.** Le 29 septembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

b. Le 15 janvier 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la suisse romande (ci-après : SMR) a estimé qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante durable, l'assurée ayant subi une cure d'hallux valgus, une excision d'un nodule de la voûte plantaire du pied gauche et une lésion du ménisque interne du genou droit.

c. Par décision du 27 février 2018, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations.

d. Le 4 mars 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Elle a communiqué des attestations médicales du docteur C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, des 2 mars, 2 avril, 8 juin et 10 octobre 2020, attestant d'un suivi depuis le 18 juillet 2018, d'un trouble de l'adaptation avec aspects anxieux et dépressifs, état de stress post-traumatique, trouble panique, trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, avec syndrome somatique ; l'assurée s'occupait de son fils atteint d'un cancer ; elle souffrait d'endométriose. Elle avait subi des traumatismes au Kosovo dus à la guerre et à sa situation familiale (ses parents avaient perdu cinq enfants sur neuf, décédés d'une maladie hématologique) ; elle avait fait une tentative de suicide en 2004. Ces diagnostics étaient tous susceptibles de poser des problèmes dans divers types d'emplois lucratifs.

e. Par décision du 17 décembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante mais seulement une aggravation transitoire au plan psychiatrique, réactionnelle à des facteurs de stress contextuels (selon un avis du SMR du 15 décembre 2020).

f. L'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, qui l'a annulée par arrêt du 22 février 2021 et a renvoyé la cause à l'OAI en constatant que celui-ci avait admis qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire.

g. Le 23 avril 2021, la doctoresse D_____, FMH médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis 2019 et le 10 juin 2021, elle a rempli, pour l'assurée, le questionnaire statut de l'OAI indiquant que celle-ci avait

travaillé six mois à un taux de 100% en 2007-2008 et qu'en bonne santé, elle s'occuperait de son fils malade.

h. A la demande de l'OAI, la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu, le 5 octobre 2021, une expertise pluridisciplinaire (docteur E_____, FMH médecine interne générale, doctoresse F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et docteur G_____, FMH médecine physique et réadaptation, spécialiste en médecine manuelle). L'assurée présentait une capacité de travail totale. La symptomatologie dépressive et anxieuse avait, par période, entrainé une incapacité de travail de 20 à 30%. Elle présentait un trouble dysthymique. Du point de vue somatique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

i. Le 10 novembre 2021, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité.

j. Par projet de décision du 18 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

k. L'assurée s'est opposée à ce projet, en faisant valoir que, selon la Dresse D_____ (avis des 26 novembre 2021 et 26 janvier 2022), elle souffrait de plusieurs maladies chroniques, avec des douleurs chroniques qui l'empêchaient de travailler et que selon le Dr C_____ (avis du 25 janvier 2022), elle présentait un état de stress post-traumatique dû à un passé traumatique (guerre, puis processus d'émigration, réactivé par le décès brutal de sa mère en 2021, la maladie de celle-ci et le cancer de son fils), une modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme et une dépression majeure sévère (une tentative de suicide en 2004) et l'expertise avait sous-estimé les troubles, l'assurée étant restée dans un mécanisme de défense.

l. Par décision du 9 février 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se ralliant à un avis du SMR du même jour, confirmant l'expertise de la CRR.

C. **a.** Le 14 mars 2022, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier pour nouvelle décision, après avoir préalablement entendu le Dr C_____ et la Dresse D_____ et ordonné une expertise, dès lors que les médecins traitants avaient fourni des avis totalement divergents par rapport à l'expertise de la CRR.

b. Le 11 avril 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise de la CRR était probante.

c. Le 11 mai 2022, la recourante a dupliqué, en persistant dans les termes de son recours.

d. Le 13 juin 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a notamment déclaré que, sans atteinte à la santé et si son fils n'était pas malade, elle travaillerait à un taux de 100%.

e. Le 14 juin 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée à la doctoresse H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

f. Le 20 juin 2022, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 20 juin 2022, en s'opposant à l'ordonnance d'une expertise judiciaire et, si elle était néanmoins ordonnée, en proposant l'ajout d'une question.

g. Le 22 juin 2022, la recourante s'est déclarée en accord avec la mission d'expertise. S'agissant de son statut, elle a précisé qu'elle ne pourrait de toute façon pas travailler, en raison de la maladie de son fils survenue depuis décembre 2017.

h. Par courrier du 8 juillet 2022, l'experte a informé la chambre de céans de ce qu'elle renonçait au mandat.

i. Par ordonnance du 9 août 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique confiée à la doctoresse I_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, en considérant que le Dr C_____ avait émis des avis étayés qui remettaient en cause l'expertise psychiatrique de la CRR.

j. Le 26 octobre 2022, la Dresse I_____ a rendu son rapport d'expertise ; elle a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (trouble grave) à la suite d'un viol de l'assurée et de la mort de son frère, soit depuis 1999. Ce trouble influençait les rapports sociaux et la peur impactait le fonctionnement de l'assurée dans une activité professionnelle. Elle a aussi posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (trouble moyen) ; elle a exclu la présence d'un stress post-traumatique, d'un trouble panique et d'un trouble dépressif récurrent.

La modification durable de la personnalité de l'assurée était incapacitante à hauteur de 50% depuis 2017, date de la réactualisation des traumatismes par l'annonce du cancer de son fils ; elle ne pouvait pas composer avec le stress au-delà de quatre heures par jour ; elle pouvait exercer une activité dans l'administration à un taux de 100% après instauration d'un traitement psychotrope médicamenteux ; une telle activité n'était pas envisageable avant l'instauration d'un traitement.

k. Le 21 novembre 2022, le SMR a estimé que l'expertise judiciaire était convaincante.

l. Le 23 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée.

m. Le 28 novembre 2022, l'assurée a estimé que le rapport d'expertise contenait des imprécisions dans l'anamnèse, que ses atteintes somatiques et psychiques avaient été minimisées et qu'elle présentait une incapacité de travail totale.

n. Le 5 décembre 2022, le SMR, à la demande de la chambre de céans, a indiqué qu'une activité adaptée (moins de contact avec le public, moins de stress) était exigible à un taux de 100% et l'OAI s'est rallié le 7 décembre 2022 à cette appréciation.

o. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1er janvier 2022 ; cependant, le litige concerne une éventuelle incapacité de travail de la recourante depuis 2017, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

3.2 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des

assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références; ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

3.3 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4.

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

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

4.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

4.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

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

5.

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

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

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

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

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'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

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

6.

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

6.2 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).

7. En l'occurrence, du point de vue psychiatrique, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire était nécessaire. La Dresse I_____, en charge de ce mandat, a rendu son rapport d'expertise le 26 octobre 2022.

7.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description d'une journée-type et les plaintes de la recourante, posant des diagnostics clairs et évaluant par une motivation convaincante, en tenant compte des indicateurs de gravité, la capacité de travail de la recourante, le rapport d'expertise de la Dresse I_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'experte conclut à un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, incapacitant à hauteur de 50% dans l'activité habituelle depuis 2017 ; une activité adaptée (dans l'administration) était exigible à 100% mais uniquement à partir de l'instauration d'un traitement médicamenteux.

7.2 L'intimé, par l'avis du SMR du 21 novembre 2022, estime que l'expertise judiciaire est convaincante, en particulier qu'elle est plus complète que celle de la CRR et reconnait chez la recourante une décompensation de la modification durable de la personnalité. Il s'écarte toutefois de la conclusion de l'experte sur la capacité de travail de la recourante, en estimant qu'une activité adaptée est exigible à un taux de 100% (moins de contact avec le public, moins de stress) depuis 2017, nonobstant l'absence de traitement médicamenteux.

Quant à la recourante, elle conteste l'évaluation par l'experte de sa capacité de travail, en relevant que ses atteintes ont été minimisées et qu'elle est totalement incapable de travailler.

Or, il convient de constater que tant les critiques de l'intimé que celles de la recourante à l'égard du rapport d'expertise judiciaire doivent être écartées.

7.2.1 L'intimé n'explique pas de façon convaincante les motifs justifiant de s'écarter de la conclusion claire de l'expertise judiciaire quant à l'impossibilité pour la recourante, avant l'instauration d'un traitement médicamenteux, d'exercer une activité à un taux supérieur à 50%. En effet, l'activité adaptée citée par le SMR, soit avec « moins de contact avec le public et moins de stress » n'est pas différente de celle mentionnée par l'experte judiciaire, soit une activité administrative ; par ailleurs, en l'état, l'experte judiciaire a considéré que la recourante ne pouvait pas composer avec le stress au-delà de quatre heures par jour (expertise judiciaire, p. 22) et qu'une activité adaptée à un taux de 100% ne pourrait être exigible que si les symptômes de son diagnostic étaient traités, permettant une meilleure gestion de la peur, de l'anxiété et des insomnies (expertise judiciaire, pp. 23 et 25).

Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait s'écarter de la conclusion claire de l'expertise judiciaire, ce d'autant qu'il a estimé celle-ci entièrement probante. Enfin, le fait que la recourante aurait, selon le SMR, refusé de prendre un traitement psychotrope ne saurait lui être opposé, les conditions de l'art. 21 al. 4 LPGA (réduction ou refus des prestations) n'étant manifestement pas remplies.

7.2.2 Quant à la recourante, elle se borne à invoquer une atteinte à sa santé plus importante et incapacitante que celle retenue par l'experte judiciaire, sans amener à cet égard d'élément médical probant qui justifierait de s'écarter de celle-ci.

7.3 Au demeurant, la conclusion de l'experte judiciaire peut être confirmée, soit une incapacité de travail de 50% de la recourante, dans toute activité, depuis l'annonce du cancer du fils de celle-ci (expertise judiciaire, p. 22), soit le 9 décembre 2017 (mémoire de recours, p. 5).

8. Du point de vue somatique, les rapports d'expertises rhumatologique et de médecine interne de la CRR, fondés sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse des diagnostics clairs et une évaluation médicale et médico-assurantielle convaincante, ont valeur probante, de sorte que la conclusion de l'expertise de la CRR quant à l'absence, du point de vue somatique, de tout diagnostic incapacitant, peut être retenue.

8.1 La recourante conteste cette conclusion, en faisant valoir les avis de la Dresse D_____ des 26 novembre 2021 et 26 janvier 2022. Or, l'évocation, par la Dresse D_____, de la présence chez la recourante de plusieurs maladies chroniques totalement incapacitantes, soit une endométriose, des polypes endo-utériens bénins, des douleurs thoraciques et sus-claviculaires gauches, une hypertension, ainsi que des douleurs de l'hémiface gauche et des pieds, n'est pas à même de mettre en cause le rapport d'expertise somatique de la CRR. Ces affections ont en effet été prises en compte par les experts (expertise de médecine interne de la CRR, pp. 9 et 14 et de rhumatologie, p. 7) ; par ailleurs, la liste des affections somatiques effectuée par la Dresse D_____ ne comprend aucune critique de la manière dont les experts de la CRR ont évalué l'impact des diagnostics posés sur la capacité de travail de la recourante.

8.2 Au demeurant, du point de vue somatique, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail, dans toute activité.

9. Finalement, il convient de retenir que la recourante présente depuis le 9 décembre 2017 une capacité de travail limitée à un taux de 50% dans toute activité.

Eu égard à la décision de l'intimé du refus de toute prestation du 27 février 2018, fondée uniquement sur l'absence d'atteinte orthopédique (avis du SMR du 15 janvier 2018), il convient de constater que l'aggravation de l'état psychique de la recourante, établi postérieurement à la décision précitée, fonde une révision de celle-ci (art. 17 LPGA).

10. Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

10.1 S'agissant préalablement du statut de la recourante, l'intimé ne l'a pas indiqué dans les différentes décisions qu'il a rendues sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

Il est uniquement relevé, dans le mandat adressé à la CRR, que le statut de la recourante est mixte 50% active et 50% ménagère et, dans le mandat du SMR du 1er février 2022, que le statut est mixte, sans aucune motivation. La représentante de l'OAI a, par ailleurs, confirmé, lors de l'audience du 13 juin 2022, que le statut retenu était mixte (50%-50%). Même peu motivé, il convient d'admettre que l'intimé a retenu un statut mixte de la recourante.

La recourante conteste ce statut mixte, estimant qu'elle a un statut d'active.

Il ressort du dossier que la recourante est titulaire d'un diplôme de sage-femme obtenu au Kosovo en 1997 et qu'elle a travaillé dans son pays durant deux ans.

Dès son arrivée en Suisse, elle a suivi des cours de français et a travaillé comme manutentionnaire aux J_____ à un taux de 100% d'août 2003 à mars 2004 ; elle a ensuite été employée par K_____ et la blanchisserie L_____ à un taux non précisé ainsi que comme aide à domicile puis, à un taux de 100%, comme aide-Soignante pour l'EMS M_____ d'octobre 2007 à juillet 2008. Elle a cessé de travailler pour s'occuper de sa mère, malade, décédée le 23 février 2021. Elle a travaillé néanmoins à un taux de 50% du 24 au 30 novembre 2015, comme aide de cuisine pour le restaurant N_____, activité abandonnée en raison de douleurs aux pieds.

La recourante a précisé, lors de l'audience du 13 juin 2022, que si elle était en bonne santé, ainsi que son fils, elle travaillerait à un taux de 100%.

Au vu du parcours précité et des déclarations de la recourante, il convient de constater que le statut de la recourante a varié au cours du temps. En effet, la recourante a dès son arrivée en Suisse démontré sa volonté de s'intégrer en suivant des cours de français et a ensuite exercé une activité à un taux de 100% tant pour les J_____ que pour l'EMS M_____. Son statut était, à cette époque-là, celui d'une personne active. Elle a ensuite cessé de travailler pour s'occuper de sa mère malade. C'est en 2015, qu'elle a tenté de reprendre une activité à un taux de 50%, qu'elle n'a effectivement exercée que du 24 au 30 novembre 2015. Ce taux de 50% permet de motiver un statut mixte 50%-50% de la recourante tant que celle-ci s'occupait de sa mère, en ayant renoncé, durant cette période, à assumer un emploi à 100%, mais en étant prête à s'engager dans une activité à 50%. Postérieurement au décès de la mère de la recourante, en février 2021, il convient d'admettre que cette dernière, titulaire d'un diplôme obtenu dans son pays, ayant suivi des cours de français dès son arrivée en Suisse et assumé des emplois à un taux de 100%, aurait, en bonne santé, exercé une activité à plein temps, ce d'autant qu'elle assume seule l'éducation de ses deux enfants, ce qui justifie un besoin financier certain.

Certes, la recourante a déclaré qu'elle travaillerait à un taux de 100% si non seulement elle-même était en bonne santé mais aussi son fils, atteint d'un cancer. La recourante a ensuite indiqué que l'état de santé de son fils s'était dégradé depuis mars 2022 et qu'il avait dû récemment manquer l'école pendant cinq semaines (cf. écriture de la recourante du 28 novembre 2022). Or, la péjoration de l'état de santé de son fils, dès mars 2022, dès lors qu'elle est survenue postérieurement à la date de la décision litigieuse, ne peut être prise en compte. L'évolution de la situation de la recourante jusqu'à février 2022 permet de conclure que depuis le décès de la mère de celle-ci, en février 2021, elle aurait, en bonne santé, travaillé à un taux de 100%, l'état de santé de son fils ne commandant pas, à ce moment-là, la présence permanente de la recourante. En effet, les médecins ont indiqué que l'état de santé du fils de la recourante était stabilisé (expertise judiciaire, p. 24) et, à tout le moins depuis 2021, qu'il présentait une rémission de sa maladie (expertise de médecine interne de la CRR,

pp. 9 et 10). Par ailleurs, l'experte I_____ a relevé que c'était en réalité l'anxiété, soit l'affection psychiatrique dont souffre la recourante, qui l'obligeait - par peur d'une rechute de la maladie de son fils - à se rendre disponible en tout temps pour lui venir en aide (expertise judiciaire, p. 16). En conséquence, il convient d'admettre qu'en bonne santé, la recourante aurait, à tout le moins depuis février 2021, retravaillé, au degré de la vraisemblance prépondérante, à un taux de 100%.

Partant, un statut mixte 50% active et 50% ménagère doit lui être reconnu jusqu'à janvier 2021 et un statut d'active doit lui être reconnu dès février 2021.

10.2 Dès le 9 décembre 2018, le degré d'invalidité de la recourante doit être calculé sur la base d'un statut mixte, 50% active et 50% ménagère.

La recourante étant reconnue capable de travailler à un taux de 50% dans son activité habituelle, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Ramené au statut d'active à 50%, il est de 25%. Il n'y a par ailleurs pas lieu de considérer qu'une enquête ménagère, pour la part non-active de 50%, est nécessaire dès lors que la recourante s'est occupée seule de sa mère malade, jusqu'en février 2021, et s'occupe encore de ses deux enfants.

Or, le degré d'invalidité de 25% est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dès février 2021, compte tenu du statut d'active de la recourante, son degré d'invalidité est de 50%, lequel donne droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2021, étant relevé que la demande de prestations a été déposée le 4 mars 2020, soit plus de six mois auparavant.

11. Partant, la recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2021.

Pour le surplus, la recourante, représentée par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émolument 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. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 février 2022.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2021.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à 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
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