

GE_GERICHTE A/3484/2019 vom 15. April 2021

GE Cour de justice, 2021-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3484_2019

FR: GE_GERICHTE A/3484/2019 du 15 avril 2021

IT: GE_GERICHTE A/3484/2019 del 15 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

E. 3

Comorbidités La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de

procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence » Il convient ensuite d'examiner si les

conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2). La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

8. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de

l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 9. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références). 10. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 11. a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles

dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. 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). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

e. 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 oeuvre 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).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales

nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). g. 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). h. 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). i. 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 oeuvre 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). j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de

travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 13. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle

manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence). b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part. Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence). c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au

terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références). En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références). 14. 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). 15. 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 oeuvre 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 oeuvre 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). 16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 17.

En l'espèce, la recourante allègue plusieurs griefs à l'encontre, principalement, de l'expertise tri-disciplinaire ayant fait l'objet du rapport d'expertise du 25 avril 2019 et sur laquelle se fonde la décision querellée. La recourante allègue en premier lieu une violation de son droit d'être entendu, alléguant que les questions aux experts ne lui ont pas été soumises préalablement par l'OAI et qu'elle n'a pas pu y acquiescer ou demander qu'elles soient complétées. Le courrier du 20 juillet 2018, informant l'assurée du fait qu'elle va être expertisée contient, en annexe, le document intitulé « Questions de l'AI aux experts ». Il est, de plus, mentionné au paragraphe 3 dudit courrier « En annexe, vous trouverez nos questions aux experts. Vous avez la possibilité de nous adresser les questions complémentaires que vous souhaiteriez poser aux experts d'ici le 10 août 2018 ». De surcroît, le courrier du 14 décembre 2018 adressé par l'OAI au centre d'expertise contient, en annexe, un document intitulé « structure de l'expertise » qui décrit en détail le déroulement du mandat d'expertise, les thèmes qui doivent être abordés, ainsi que les questions au mandat (sous chiffre 8). Il est mentionné, au bas du courrier du 14 décembre 2018, qu'une copie est envoyée à l'assurée. Enfin, dans le courrier du 2 janvier 2019 adressé par l'OAI à l'assurée, celle-ci est informée du nom des experts et de leur spécialisation, ainsi que de sa possibilité de récuser un ou plusieurs experts pour des motifs pertinents, par courrier adressé à l'OAI, jusqu'au 16 janvier 2019 ; en annexe audit courrier, il est mentionné le mandat du 14 décembre 2018 adressé par l'OAI aux experts. Compte tenu de ces éléments la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante a été informée de la structure de l'expertise, du nom des experts, des questions posées aux experts et de ses possibilités de compléter les questions et/ou de demander la récusation d'un ou plusieurs experts. Contrairement à ce qu'elle allègue, la recourante a pu comparer les questions qui figuraient dans le mandat d'expertise avec que les questions auxquelles les experts ont répondu, ce qui lui a permis de vérifier que toutes les questions pertinentes avaient été traitées par les experts. Il sied d'ajouter que la recourante se contente d'émettre des hypothèses, sans apporter le moindre indice permettant d'établir - ou de rendre vraisemblable - que les questions aux experts ne lui auraient pas été soumises préalablement. Sous l'angle de la bonne foi, les allégations de la recourante sont également critiquables, dans la mesure où, si elle avait souhaité poser des questions complémentaires, elle aurait dû le faire valoir immédiatement, quitte à le mentionner pendant l'entretien avec l'expert et non pas attendre que le rapport d'expertise soit rendu pour soulever cet argument. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté. Dans un deuxième grief de nature formelle, la recourante allègue que les trois experts n'ont pas personnellement consulté les divers rapports médicaux du dossier, justifiant cette hypothèse par le fait que la présentation de chacun des experts comporte la même forme et le même contenu concernant la situation initiale, les aspects du dossier médical et également la synthèse de celui-ci. Elle ajoute que dans la synthèse, la Dresse D_____ est présentée comme une « physiatre », soit un terme d'origine québécoise, selon la recourante, dont elle conclut que le dossier a été résumé par une tierce personne, dès lors qu'aucun des trois experts ne détient un titre délivré par le Canada. Partant de cet état de fait, la recourante en déduit que les experts n'ont pas lu l'intégralité du dossier en personne et se sont fait résumer les pièces par une tierce personne (supposément canadienne, selon la recourante), alors même qu'une telle délégation devait

être connue de l'expertisée préalablement et avoir été autorisée par l'OAI. La recourante semble échafauder des hypothèses sans pouvoir les rendre vraisemblables, notamment quant à la participation d'une tierce personne à la rédaction de l'expertise. Quand bien même ce serait le cas, on ne saurait admettre que parce qu'une tierce personne a présenté, sous une même forme des éléments communs aux trois expertises - notamment quant aux examens médicaux déjà subis par l'assurée et aux pièces médicales recueillies préalablement à l'expertise - que ladite personne aurait la qualité d'un médecin délégué par les trois experts pour réaliser une partie de l'expertise. Au contraire, il apparaît à la lecture de l'expertise que chacun des médecins, dans son domaine de spécialisation, a réalisé l'expertise en personne, ce qui ressort non seulement des termes utilisés par chacun des experts, mais également par les observations particulières à son champ de spécialisation. Il convient de rappeler que le Tribunal fédéral, dans l'arrêt 8C_596/2013 cité par la recourante, a validé le recours à un autre médecin que l'expert, au motif que l'expertisée n'avait fait valoir aucun motif de récusation à son endroit et n'avait soumis aucune question complémentaire (consid. 6.1.2.2). Étant précisé que dans ladite l'affaire, il avait été établi que l'expert avait véritablement délégué son travail à son « Praxispartnerin », soit son associé dans la pratique du cabinet, également médecin, alors que dans la présente espèce, aucun élément ne rend vraisemblable l'hypothèse selon laquelle l'un des trois experts aurait délégué l'exécution de son mandat à un auxiliaire, ou à un confrère médecin. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exécution des expertises aurait été, en tout ou en partie, déléguée par un ou plusieurs experts à un ou plusieurs médecins ou auxiliaires. Partant, ce grief doit également être écarté. La recourante reproche également au rapport d'expertise le fait qu'il n'y ait pas un résumé des pièces médicales au dossier permettant d'établir la capacité de travail retenue par les médecins traitants, élément qu'elle juge pourtant essentiel. Cet élément, ne signifie pas que les experts qui ont eu à disposition l'intégralité du dossier de l'OAI, ainsi que les pièces rédigées par les médecins traitants, n'ont pas pris connaissance des observations de ces derniers sur la capacité de travail de la recourante, étant ici rappelé que les experts répondent aux questions posées par le mandant en se fondant sur l'ensemble des informations qui sont mises à leur disposition, ainsi que par leurs propres observations lors des consultations avec l'expertisée. Il n'y a pas d'obligation de présenter, par écrit dans le rapport d'expertise, une confrontation des conclusions sur la capacité de travail auxquelles les experts aboutissent avec celles auxquelles aboutissent les médecins traitants. Ce reproche n'est donc pas pertinent. La recourante reproche des erreurs sur des points décisifs dans le résumé des pièces au dossier, alléguant que les conclusions du rapport d'évaluation professionnelle de PRO du 30 mars 2016 sont totalement déformées. La recourante n'explique toutefois pas en quoi lesdites conclusions seraient déformées, se contentant de confronter les observations faites par l'expert psychiatre - selon lesquelles il ressort du rapport PRO que la recourante entretient de bonnes relations sociales et a de bonnes aptitudes de communication - avec les éléments figurant en tête du même rapport PRO selon lesquels la recourante présente une grande fragilité émotionnelle et un repli sur soi. Or, le rapport PRO évoque aussi bien l'impression des conseillers en évaluation selon laquelle la recourante présenterait une grande fragilité émotionnelle que les éléments cités par l'expert psychiatre à savoir les aptitudes sociales très développées et une capacité d'adaptation et d'intégration aisée. Dès lors, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle allègue que l'expert psychiatre a déformé les conclusions du rapport PRO, dès lors que ce dernier en a retenu certains éléments positifs, à savoir les qualités de la recourante dans la

communication et dans l'intégration. Étant précisé que, conformément à la jurisprudence, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. Le reproche fait à l'expert psychiatre d'avoir déformé les conclusions du rapport PRO n'est donc pas pertinent et doit être écarté. La recourante fait grief aux experts de n'avoir pas pris contact avec ses médecins traitants, en tirant la conséquence que les « conclusions des experts sont insoutenables ». Il convient de rappeler qu'il n'y a aucune obligation pour l'expert de prendre automatiquement contact avec les médecins traitants, ce d'autant moins, comme dans le cas d'espèce, lorsque les conclusions des médecins traitants ressortent clairement des documents et rapports qu'ils ont rédigés, ce qui permet de déduire, de manière anticipée, que leurs opinions et constatations exprimées oralement ne seraient pas différentes de celles qui ressortent de leurs écrits. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs rappelé, dans un arrêt 9C_671/2012, consid. 4.5, qu'il n'existait aucun droit de l'assuré d'exiger que l'expert prenne contact avec le médecin traitant, ce point étant laissé à la libre appréciation de l'expert : « Sodann liegt der Entscheid, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, grundsätzlich im Ermessen der Experten. Dass es sich dabei um eine sinnvolle Massnahme für die Verbesserung der Gutachtensakzeptanz handelt, ändert nichts am Fehlen eines diesbezüglichen Rechtsanspruches der Versicherten (ein solcher lässt sich auch nicht aus BGE 137 V 210 E. 3.1.3.3 S. 244 ableiten; vgl. Urteil 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2) ». Ce grief de la recourante doit ainsi être écarté. La recourante critique le manque de clarté quant aux moyens utilisés pour aboutir à la discussion consensuelle entre les trois experts. Selon ce qui est mentionné dans l'expertise, les experts ont utilisé des « moyens électroniques » le 18 avril 2019 ; la recourante critique le manque de détails sur les modalités de la discussion consensuelle en alléguant que si cette dernière avait eu lieu par échanges d'emails uniquement cela « apparaîtrait hautement problématique ». À nouveau, la recourante échafaude des hypothèses sans rendre vraisemblable le caractère problématique de la discussion consensuelle, étant rappelé que le Tribunal fédéral a considéré dans un arrêt 9C_282/2012, consid. 4.1 que « En soi, le fait que les experts mandatés par l'administration ont rendu leurs conclusions séparément l'un de l'autre et sans se concerter en une prise de position commune ne diminue en rien la pertinence de leurs évaluations respectives. De manière optimale, lors d'une expertise pluridisciplinaire, la capacité de travail devrait faire l'objet d'une appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, dans lequel les résultats obtenus dans chacune des disciplines sont discutés (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 89; voir aussi JACQUES MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, 2002, p. 23). Une telle discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue toutefois pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives - effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions - sont compatibles les unes avec les autres (arrêt I 105/04 du 23 août 2004 consid. 2.2) ». Dès lors, peu importe par quels moyens électroniques (visioconférence, conférence téléphonique, échange d'emails) la discussion consensuelle s'est déroulée entre les trois experts, l'important étant qu'il n'existe pas de contradictions ou d'incompatibilités dans les conclusions des experts. Ce grief doit donc également être écarté. Sur les constatations faites par les trois experts, le conseil de la

recourante exprime plusieurs griefs. En ce qui concerne l'experte rhumatologue, la recourante considère ses constatations comme « arbitraires et insoutenables » en raison du fait que l'experte a considéré que les ressources personnelles de la recourante étaient préservées dès lors que l'assurée était autonome pour les activités de la vie quotidienne habituelle, alors que le contraire résultait de l'anamnèse, la recourante étant dépendante de l'aide de ses proches, ayant peu de ressources et de réseau. Il convient tout d'abord de rappeler, sur ce point précis, que les explications données par la recourante aux trois experts, sur ses activités quotidiennes, ont souvent varié ; ainsi au point 3.2 de l'entretien approfondi sur le déroulement détaillé représentatif d'une journée-type, organisation des loisirs, hobbies, etc., la recourante déclare à l'experte en rhumatologie qu'elle se lève souvent très tard, pas avant 10 heures, alors qu'elle déclare à l'expert psychiatre qu'elle se réveille assez tôt, entre 6 et 7 heures. À l'expert généraliste, elle déclare que si elle n'a que peu dormi, elle ne pourra se lever qu'à 11 heures et ne fait rien pendant la journée, ne regarde pas la télévision et n'a aucun loisirs ou hobbies, pas plus qu'elle ne part en vacances. À l'experte en rhumatologie, elle déclare qu'elle regarde la télévision « trois à quatre heures par jour » ou somnole et se couche en général vers 22 heures et qu'elle a passé, l'année précédente, des vacances en Israël avec ses amis de l'église évangélique, mais qu'elle en garde un mauvais souvenir en raison d'une phobie de l'avion et qu'elle a eu passablement de douleurs sur place. À l'expert psychiatre, elle va déclarer, au contraire, que l'année précédente, elle est allée en Israël avec des membres de sa communauté religieuse et que cela a été positif ; elle a pu prendre l'avion à cette occasion. L'expert psychiatre note, particulièrement, que les réponses de la recourante « sont très imprécises et qu'il n'est pas possible d'obtenir un déroulement détaillé d'une journée ». Au près des trois experts, la recourante a déclaré qu'elle faisait partie d'une association religieuse avec laquelle elle avait des contacts réguliers, ce qui est conforté par le voyage en Israël avec les membres de cette association. Elle a également déclaré que sa belle-soeur venait l'aider pour le ménage, et que son mari l'aidait pour faire les courses, bien que sur ce dernier point, on ne sache pas exactement s'il l'accompagne pour faire les courses ou s'il les fait à sa place. De même, la recourante a mentionné le plaisir qu'elle a de garder son petit-enfant. Enfin, le rapport PRO souligne les excellentes capacités de communication et d'intégration de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère comme établi, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que sur le plan des ressources, la recourante a des contacts sociaux, notamment avec sa famille, sa communauté religieuse et qu'elle conserve des ressources personnelles pour développer de tels contacts si elle le souhaite. Toutefois, il sied d'ajouter que la recourante a besoin de l'aide de sa belle-soeur et de son mari pour effectuer, respectivement, son ménage et les courses quotidiennes. Il faut donc comprendre les conclusions des trois experts, sur le fait que l'assurée est autonome pour les activités de la vie quotidienne habituelle, en ce sens qu'elle n'a pas besoin d'aide pour s'habiller, pour son hygiène, pour ses déplacements et pour ses repas, mais qu'elle a besoin de l'aide de sa belle-soeur pour le ménage de l'appartement et de son mari pour l'aider à faire les courses. Il est vrai que les conclusions des experts sont scindées en trois rubriques, ressources, ressources personnelles et enfin ressources externes, et que les trois experts ont conclu à l'autonomie de la recourante uniquement sous la rubrique des ressources personnelles. Cela ne suffit toutefois pas pour conclure que les constatations de l'experte en rhumatologie sont arbitraires et insoutenables, mais qu'elles doivent être précisées comme étant une autonomie qui ne permet pas à la recourante de faire seule son ménage et ses courses. En ce qui concerne l'expert psychiatre, la recourante lui reproche d'ignorer des points essentiels de

l'anamnèse de la patiente, notamment en mentionnant une hospitalisation fin 2017, sans chercher plus de détails sur le type d'hospitalisation et lui reproche également de ne pas mentionner les idées suicidaires de la recourante, pourtant relevées dans le rapport du CAPPI. S'il est vrai que l'expert psychiatre ne rentre pas dans les détails sur le type d'hospitalisation, il faut préciser qu'il se fonde sur les indications fournies spontanément par la recourante (ch. 3.1 de l'expertise « Indications fournies spontanément par l'assurée »), ce qui explique le manque de précision qui ressort des déclarations faites par la recourante à l'expert psychiatre et non pas du travail d'analyse du dossier fait par l'expert lui-même. S'agissant des idées suicidaires de la recourante, l'allégation est erronée dès lors que figure, en page 12 de l'expertise psychiatrique, la mention suivante : « Elle présente des idées noires, mais pas d'idées de suicide. Elle a fait une tentative de suicide, mais cela n'a pas marché, en 2005 ». À nouveau, le conseil de la recourante reproche à l'expert de ne pas reprendre une mention figurant dans le rapport du CAPPI, alors que l'expert a lui-même, lors de la consultation de l'expertisée, instruit le point particulier des idées suicidaires de la recourante et a conclu que cette dernière ne manifestait plus ce type d'idées. Le conseil de la recourante reproche encore à l'expert psychiatre de déclarer qu'il n'a pas été particulièrement touché par l'expression des plaintes et souffrances de l'assurée. S'il est vrai que cette mention peut paraître quelque peu maladroite, on peut toutefois l'interpréter en ce sens qu'elle signifie que l'expert psychiatrique considère que la recourante dramatise son état et qu'il n'est pas dupe de cette exagération. C'est ici l'occasion de rappeler que les deux autres experts ont eu les mêmes impressions et se sont également distancés du comportement de la recourante, sans toutefois mentionner qu'ils n'étaient pas touchés par les plaintes de cette dernière. On ne voit pas en quoi la remarque de l'expert psychiatrique relevée par la recourante, affaiblirait ses constatations et la validité de son analyse. Enfin, le conseil de la recourante reproche à l'expert psychiatrique de ne pas motiver la raison pour laquelle le trouble dépressif est estimé comme léger ; or, ce diagnostic est la conclusion de l'ensemble de l'analyse, comme cela ressort, notamment, de la page 20 de l'expertise psychiatrique qui mentionne que le comportement de l'expertisée est considéré comme majorant, que « les limitations rapportées résultent clairement d'une exagération des symptômes », que la demande de soins n'est pas continue avec des interruptions dans la prise en charge psychiatrique et qu'aucune limitation fonctionnelle n'est retenue en lien avec les troubles psychiques de l'expertisée. Ces divers éléments sont suffisants pour motiver un diagnostic de dépression légère. Enfin, le conseil de la recourante critique l'expertise en médecine interne, reprochant à l'expert des conclusions lapidaires, sans motivation aucune et le fait que l'expert réfute toute incapacité de travail, tout en affirmant que l'ablation du fibrome pourrait l'améliorer ce qui, selon le conseil de la recourante, est « manifestement contradictoire ». Contrairement à ce qu'affirme le conseil de la recourante, l'expert en médecine interne a clairement décrit les constatations et diagnostics ayant selon lui une incidence sur les capacités fonctionnelles ; dès lors, on ne saurait dire qu'il s'agit de conclusions lapidaires sans motivation aucune, l'expert considérant que l'examen clinique était rassurant et qu'il n'y avait pas d'autre diagnostic que le syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie qui pouvait avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles de la recourante. En ce qui concerne l'ablation du fibrome, il n'y a rien de manifestement contradictoire, dès lors que l'expert a constaté l'incontinence urinaire tout en évoquant que cette dernière pourrait s'améliorer en cas d'ablation du fibrome et que si ça n'était pas le cas, une autre intervention chirurgicale pourrait avoir lieu. En tout état, il a tenu compte de l'incontinence avérée de la recourante, mentionnant que dans le cadre d'une activité adaptée,

il serait nécessaire de faciliter l'accessibilité aux toilettes en raison de l'incontinence, ce qui apparaît comme une limitation fonctionnelle et non pas comme un élément entraînant la réduction de la capacité de travail. On peut donc interpréter les conclusions de l'expert, en ce sens que l'ablation du fibrome, si elle avait pour effet de supprimer l'incontinence urinaire, rendrait inutile le fait qu'il faille faciliter l'accessibilité aux toilettes en raison de l'incontinence de la recourante, dans le cadre d'une activité adaptée. Compte tenu de ce qui précède, les griefs soulevés par le conseil de la recourante ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise ordonnée par l'OAI. Celle-ci est structurée, dépourvue de contradictions et motivée. Dès lors, il n'est pas nécessaire de mettre en oeuvre une expertise judiciaire tri-disciplinaire, comme demandé par la recourante. La recourante demande également l'audition de ses médecins traitants. Comme indiqué supra par la chambre de céans, les motivations et les conclusions des médecins traitants de la recourante ressortent suffisamment de leurs écrits pour que la chambre de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder à leur audition, considérant, en faisant une appréciation anticipée des preuves, que leurs déclarations ne seraient pas différentes de celles qui figurent déjà dans les nombreux documents déposés au dossier. Le conseil de la recourante produit encore un rapport médical du 22 novembre 2019, réalisé par le médecin traitant en rhumatologie de cette dernière, soit la Dresse D_____, faisant état d'un hallux valgus entraînant des douleurs aux deux gros orteils de la recourante. Cette dernière critique l'avis médical du SMR, daté du 7 mai 2020, considérant que les douleurs liées à l'hallux valgus, cumulé à diverses atteintes à la santé, considérées comme bénignes et sans incidences par le SMR, pourraient avoir - de par un effet de cumul - une incidence sur la capacité de travail. À cet égard, la recourante demande encore l'audition de son nouveau médecin généraliste, le docteur O_____, et de la Dresse N_____, neurologue qu'elle consulte pour traiter ses difficultés de concentration et d'atteinte à la mémoire, soulignant que cela pourrait pallier aux lacunes de l'expertise. Selon l'avis du SMR du 7 mai 2020, les douleurs ressenties aux gros orteils par la recourante n'entraînent pas de limitations fonctionnelles sur le long terme, dès lors qu'une opération correctrice permettrait d'améliorer la symptomatologie qui, en l'absence de complications, se résoudrait en moins de trois mois par côté. Les autres affections bénignes dont se plaint la recourante sont également abordées dans le rapport du SMR qui paraît suffisamment convaincant pour que la chambre de céans considère que les évaluations posées par le SMR au regard de ces éléments médicaux ne contiennent pas de contradictions, sont pertinentes et suffisamment probantes, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une audition des médecins traitants ou une nouvelle expertise judiciaire. La comparaison entre l'expertise et les rapports des médecins traitants montre qu'il n'existe pas de divergence sur les éléments médicaux, mais bien plutôt sur les conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail de la recourante. À cet égard, la chambre de céans rappelle que 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 ; dès lors, les appréciations des experts sur la capacité de travail de la recourante prennent le pas sur celles des médecins traitants, ce d'autant plus que la chambre de céans considère comme établi que la recourante a un comportement majorant et démonstratif, susceptible d'influencer ses médecins traitants. La chambre de céans considère être suffisamment renseignée sur l'état de santé de la recourante pour qu'il ne soit pas nécessaire d'entendre son nouveau médecin traitant généraliste. De même, les trois experts n'ont pas constaté la présence de difficultés de concentration et d'atteinte à la mémoire pouvant avoir un effet sur la capacité de travail de la recourante, dans leur expertise de 2019 ; dès lors, la chambre de céans considère que

la recourante n'a pas fait état d'éléments qui pourraient remettre en question cette évaluation au niveau de la vraisemblance prépondérante, ce qui conduit à écarter la demande d'audition de la neurologue. 18. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'instruction médicale du cas a été correctement effectuée par l'OAI et que la décision de l'intimé doit être confirmée. 19. Le recours sera rejeté et la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.