

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1966, mère célibataire d'une fille née en 2010, a travaillé en tant que vendeuse puis employée de maison de 1998 à 2010. Elle a accompli un stage de lingère de deux mois en juillet-août 2013. Elle bénéficie depuis du soutien de l'Hospice général (ci-après : l'hospice).

b. L'assurée a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 28 mars 2018 en raison d'une fibromyalgie et d'arthrose, les premières douleurs apparues en 2013 étant devenues beaucoup plus intenses en janvier 2018.

c. Par rapport du 16 avril 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a confirmé que l'assurée le consultait depuis le mois d'octobre 2017 et qu'il l'avait vue pour la dernière fois en mars 2018. Il situait le début de la longue maladie au mois d'octobre 2017 et considérait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au mois de mai 2018. Les limitations fonctionnelles consistaient à ne pas porter de charges, ni effectuer des flexions ou des extensions du tronc. Le diagnostic était celui de fibromyalgie floride. Le 7 mai 2018, ce médecin a précisé que les limitations fonctionnelles étaient permanentes depuis janvier 2018. Il a joint un rapport de radiographie du 26 octobre 2017 révélant de discrets troubles statiques et un rapport de scanner de janvier 2018 mettant en évidence de discrets remaniements des articulations sacro-iliaques et une petite protrusion discale C6-C7 sans conflit disco-radiculaire.

d. Par courrier du 2 mai 2018 adressé au Dr B_____, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé avoir vu l'assurée, qui se plaignait de lombalgies chroniques d'intensité variable depuis plus de dix ans, dont l'intensité avait augmenté depuis l'été 2017. Elle mentionnait que la palpation révélait des douleurs diffuses multiples, notamment cervicales, dorsales de D1 à D6 et lombaires de L3 à S2. Elle a posé le diagnostic de fibromyalgie floride. Les multiples difficultés personnelles engendraient un état de stress permanent qui n'aidait pas l'assurée, laquelle avait besoin d'un soutien psychologique. Dans un rapport à l'OAI du 16 juillet 2018, la Dresse C_____ a évalué la capacité de travail du point de vue rhumatologique à probablement 75 % selon l'activité proposée, et à 50 % dans l'activité habituelle. Une évaluation psychiatrique paraissait souhaitable.

e. L'OAI a mandaté le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, afin de procéder à une expertise de l'assurée, après avoir invité celle-ci à se déterminer sur cet expert et sa mission. Ce médecin a rendu son rapport le 22 juillet 2019, avec le concours de Madame E_____, psychologue. Ils y ont résumé le dossier

de l'assurée, établi une anamnèse et décrit une journée-type. L'assurée se plaignait essentiellement de fatigue et de douleurs chroniques depuis 2017.

L'assurée disait entretenir de bonnes relations avec sa mère et son frère, ainsi qu'avec quelques amis proches, avec un isolement social partiel, mais pas total, depuis 2017. Elle précisait qu'elle s'occupait de son ménage, sans aide, en évitant les activités lourdes physiquement. Elle affirmait ne pas pouvoir travailler en raison de ses douleurs, mais sa tristesse légère n'était selon elle pas incapacitante. L'expert ne retenait aucune incohérence chez l'assurée, mais des discordances entre la capacité de travail réduite selon les médecins traitants et les activités possibles selon la journée-type. Après avoir rapporté ses constatations, l'expert a retenu le diagnostic probable de trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) sans indices de gravité jurisprudentiels remplis actuellement, et les diagnostics de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensés (Z 73.1) et de trouble dépressif récurrent léger depuis octobre 2017, avec des périodes d'épisodes dépressifs moyens et parfois avec des rémissions. Ces atteintes n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative chez l'assurée, qui conservait des ressources puisqu'elle gérait sans difficultés son quotidien, au plan psychiatrique, et ne nécessitait pas de prise en charge sur ce plan. L'assurée disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement depuis octobre 2017. La situation n'était pas stabilisée et devait être réévaluée une année plus tard. Le pronostic était mauvais chez une assurée démotivée.

f. Dans son avis du 8 août 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est aligné sur les conclusions de l'expertise, qu'il estimait conduite selon les règles de l'art et convaincante, et a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans toute activité.

g. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu, en date du 14 août 2019, un projet de décision de refus du droit à des prestations d'invalidité, que l'assurée a contesté le 9 septembre 2019, par son mandataire.

Parallèlement, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a transmis à l'OAI un rapport daté du 19 septembre 2019, concluant à une fibromyalgie et à un état dépressif. L'assurée rapportait une surcharge émotionnelle très marquée, qui avait probablement déclenché les douleurs du système locomoteur, plus particulièrement depuis la fin de l'année 2017.

h. Par courrier du 8 octobre 2019, l'assurée a complété sa contestation du projet de décision de l'OAI. Elle a requis l'octroi d'une rente. Elle s'est notamment fondée sur le rapport du Dr F_____ diagnostiquant une fibromyalgie, alors que le Dr D_____ n'avait investigué que les aspects psychiques. Elle a critiqué l'expertise de ce psychiatre, devant lequel elle avait fait preuve de retenue et à qui elle n'avait pas voulu exposer l'ensemble de ses problèmes. En réalité, elle n'était

pas capable de gérer correctement son quotidien sans difficultés, avait peu de contacts sociaux et consultait actuellement un psychiatre.

i. Par avis du 14 novembre 2019, le SMR a confirmé ses précédentes conclusions, les médecins traitants de l'assurée n'amenant pas de nouveaux éléments médicaux.

j. Par décision du 26 novembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de prestations d'invalidité, retenant que le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant était sans influence sur la capacité de travail de l'assurée.

- B. a.** Par écriture du 10 janvier 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 26 novembre 2019 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr F_____, à ce qu'une expertise comprenant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique soit ordonnée, subsidiairement à ce qu'un complément d'expertise rhumatologique soit ordonné ; et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière ou partielle en fonction de sa capacité de gain effective à partir du 28 septembre 2018. Selon la recourante, le SMR s'était écarté à tort des avis de ses médecins traitants, et l'expertise du Dr D_____ ne pouvait pas être suivie, car elle retenait des éléments erronés et contradictoires par rapport aux constatations des médecins traitants, notamment l'absence de stress, d'anxiété et d'attitude algique. De plus, la recourante avait fortement minimisé l'aspect psychiatrique de sa maladie, ne se rendant pas compte qu'il jouait un rôle important dans la fibromyalgie dont elle souffrait. Elle s'était abstenue d'expliquer tous ses problèmes à l'expert, notamment la souffrance d'avoir perdu son travail et de vivre seule avec sa fille. Sa capacité de travail était tout au plus de 50 %. Selon la jurisprudence, une expertise rhumatologique et psychiatrique devait être mise en œuvre en présence d'une fibromyalgie.

La recourante a produit un rapport du 16 janvier 2020 du docteur G_____, médecin auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée des Hôpitaux universitaires de Genève, attestant d'un suivi depuis le 16 septembre 2019 dans le contexte d'un état dépressif de sévérité moyenne en lien avec la pathologie rhumatologique. Le pronostic était plutôt défavorable en raison de l'interaction entre les diagnostics physique et psychique.

b. Dans sa réponse du 4 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, dès lors que l'état somatique de la recourante avait été instruit et que l'expertise du Dr D_____ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a produit un avis du SMR du 30 janvier 2020, selon lequel le rapport du Dr G_____ n'amenait pas de nouvel élément médical, dès lors qu'il ne contenait

pas d'élément objectif d'aggravation de l'état de santé de la recourante, notamment sur le plan dépressif.

c. Par réplique du 24 février 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté l'appréciation du SMR, soutenant que son trouble dépressif devait être qualifié de gravité moyenne, et non légère comme l'avait retenu le Dr D_____.

d. Par duplique du 13 mars 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions et répété que la mise en œuvre de mesures d'investigation supplémentaires était superflue.

e. Lors de l'audience du 28 janvier 2021 devant la chambre de céans, la recourante a expliqué les difficultés qu'elle avait eues pour concilier sa vie professionnelle et sa vie privée. Jusqu'à la naissance de sa fille, en février 2010, elle disait n'avoir jamais rencontré de problèmes, ses employeurs étant très satisfaits de son travail. Toutefois, son employeuse l'avait licenciée après la naissance de sa fille car elle vivait chez elle. Elle a exposé ses douleurs et décrit une journée-type. Elle pensait qu'en raison des troubles alimentaires de sa fille et du fait que cette dernière la réveillait toutes les nuits, son sommeil puis son moral avaient été perturbés, ce qui avait entraîné l'aggravation de ses troubles de santé depuis le mois d'octobre 2017. Interrogée sur une éventuelle reprise professionnelle, la recourante a répondu qu'elle ne pouvait travailler car elle était malade et elle s'occupait de sa fille.

L'intimé a précisé ne pas contester le diagnostic de fibromyalgie.

Le Dr F_____ a également été entendu par la chambre de céans. Il a expliqué qu'il avait été consulté à deux reprises par la recourante. Il avait constaté des réactions douloureuses de celle-ci lorsqu'il touchait certains points, à telle enseigne qu'il n'avait pas pu faire certains gestes, car elle appréhendait les mouvements qui déclenchaient des douleurs. Il avait eu le sentiment que la recourante était en grande détresse sociale, psychique et physique, notamment au vu de son anamnèse. Il était difficile d'estimer sa capacité de travail car les souffrances provoquées par la fibromyalgie dépendaient beaucoup des comorbidités psychiques et il ne pouvait pas se prononcer dans ce domaine, n'étant pas psychiatre. Cela étant, ses observations concordaient avec un syndrome de fibromyalgie, notamment la fatigue du matin, qui était un signe classique dans ce type de pathologie.

f. Par écriture du 3 février 2021, la recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique rhumatologique. Elle a détaillé ses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr D_____, reprochant notamment à ce dernier d'avoir procédé à une anamnèse superficielle, qui ne mentionnait pas la période difficile qu'elle avait connue lorsqu'elle avait été licenciée à la naissance de sa fille.

g. Dans sa détermination du 24 mars 2021, l'intimé a répété que le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, et qu'une expertise n'était pas nécessaire.

h. Par courrier du 27 avril 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au professeur H_____, spécialiste en psychiatrie, et les a invitées à faire valoir d'éventuels motifs de récusation à son encontre.

Les parties n'ayant fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert proposé, la chambre de céans leur a soumis un projet de mission d'expertise par courrier du 22 octobre 2021.

i. Par ordonnance du 7 février 2022, la chambre de céans a confié une expertise au Prof. H_____, laquelle devrait comprendre la réalisation d'un dosage sanguin des médicaments, comme l'avait requis l'intimé. Elle a retenu que l'audition de la recourante avait permis d'établir que cette dernière n'avait pas communiqué à l'expert une grande partie des éléments de sa vie privée, qui avaient vraisemblablement eu un effet sur son psychisme. Partant, le Dr D_____ n'avait pu en tenir compte, alors même qu'ils étaient de nature à influencer son diagnostic et ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante. Les doutes sur la sévérité des troubles psychiques de la recourante avaient été renforcés par l'audition du Dr F_____, qui avait clairement exposé les liens qui existaient entre la problématique de la fibromyalgie et les comorbidités psychiques, domaine sur lequel il n'avait pas pu s'exprimer, n'étant pas spécialisé en psychiatrie. Les appréciations des médecins traitants révélaient également que l'état psychique de la recourante avait des répercussions importantes sur sa capacité de travail.

j. Le Prof. H_____ a rédigé son rapport le 29 juillet 2022, établi avec le concours de Madame I_____, psychologue.

Ces experts ont eu un entretien avec la psychiatre de la recourante et résumé le dossier de celle-ci. Ils ont retracé une anamnèse complète, révélant notamment une enfance difficile avec un père violent, les difficultés rencontrées dans sa vie professionnelle et les problèmes avec sa fille. La recourante n'avait pas de vie sociale à cause de ses symptômes, notamment de sa fatigue et de ses douleurs. Elle avait une amie qui passait l'aspirateur chez elle et allait lui faire des courses en France. Elle assumait elle-même des courses légères à proximité de son domicile. Les tâches administratives étaient faites par ses soins, mais avec difficulté. Elle cuisinait très peu, ne repassait pas. Elle se rendait au Portugal pour les vacances à une fréquence irrégulière. Sa situation était stationnaire. Elle se sentait incapable de se mobiliser pour trouver un emploi à cause de ses symptômes physiques, qui affectaient sa thymie. Elle partageait son temps entre promenades, soins de sa fille, et vie à l'église. Elle décrivait des symptômes stables, voire en pénération à partir de 2017. Elle se disait angoissée, sujette à des

douleurs dorsales et du ventre en continu. Elle rapportait des chutes (« les choses me tombent des mains »), des vertiges quotidiens, des maux de tête et de la nuque, des brûlures des mains, des impatiences des jambes, et même des fuites d'urine. Un sommeil fluctuant de 2-3 heures par nuit (avec réveils dus aux douleurs), des troubles de la concentration et de la mémoire étaient également rapportés. Les experts ont ensuite rapporté leurs constats cliniques. Au status, la recourante était orientée dans les quatre modes et ne présentait pas de troubles de la vigilance. La mémoire autobiographique était de bonne qualité. Il n'y avait pas de difficultés attentionnelles ou de concentration majeures pendant l'entretien. Il n'y avait pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs. Les experts ne mettaient pas en évidence de troubles du cours ou du contenu de la pensée (idées délirantes ou obsédantes), mais une interprétativité accrue, une conviction rapide d'être injustement traitée ou discriminée dans les places de travail, et une susceptibilité accrue avec des réactions de repli. On retrouvait un vécu de préjudice qui trouvait racine à son jeune âge et se perpétuait dans les emplois occupés, mais aussi dans ses relations affectives. Le récit était celui d'une vie difficile sur un plan interpersonnel. La violence du père, la misère financière, la fuite du Portugal pour trouver une meilleure vie, la confrontation à l'exploitation en Suisse (avec répétition du même scénario dans la plupart de ses emplois), puis la discrimination subie à cause de sa grossesse, qui avait conduit à son licenciement, étaient décrites en détail, avec une précision chronologique frappante. La recourante était souvent hyperémotive. Elle décrivait l'apparition des symptômes somatiques en 2017, leur prise d'ampleur, et elle insistait sur leur aspect handicapant dans sa vie quotidienne. L'ensemble de son discours avait un caractère victimaire, vindicatif par rapport à l'expertise précédente et l'assurance-invalidité, avec un sentiment de détresse fluctuant mais prédominant lorsqu'elle se référait à son vécu d'enfant battue, de jeune femme abusée, et de travailleuse humiliée. Les relations interpersonnelles et notamment sentimentales étaient peu investies, la méfiance avec crainte d'être moquée ou abusée dans sa confiance étant aisément perceptible et poussant vers un repli protecteur. Seule la relation avec sa fille était préservée, idéalisée dans le présent, mais elle aussi source de douleurs dans le passé, en lien avec les difficultés d'alimentation et de sommeil de celle-ci. La recourante décrivait une vie étriquée. Elle se projetait difficilement dans l'avenir, revenant à plusieurs reprises sur les blessures du passé et sur ses symptômes, qui occupaient une grande partie de l'entretien. La thymie était triste, avec fixation de la tonalité au pôle dépressif. Elle décrivait un élan vital préservé, sans aboulie ni anhédonie, ni sentiment de culpabilité ou d'indignité. Elle se sentait dévalorisée en raison de sa dépendance de l'hospice. On retrouvait une conviction d'incurabilité avec des distorsions cognitives de la lignée dépressive conditionnant la perspective d'avenir. La recourante n'avait pas d'idées noires ou idéation suicidaire lors de l'entretien. Elle dépeignait une anxiété diffuse avec irritabilité accrue et sentiment d'épuisement, mais il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux. Le sentiment de trahison était très présent, en

disproportion évidente par rapport aux faits réels, avec des réactions à fleur de peau qui frappaient l'interlocuteur. Sur le plan de la fonctionnalité, selon le canevas du mini-CIF-APP, les limitations significatives concernaient l'endurance, la résistance, la proactivité (score de 4), l'intégration dans un groupe (score de 3), la capacité de contact et de conversation avec des tiers (score de 3), la relation à deux (score de 3), la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles (score de 3) et la prise en charge personnelle au niveau des activités de la vie quotidienne (score de 3). La flexibilité, la mobilité, la planification des tâches, la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, et l'adaptation aux règles étaient préservées (score de 1). L'évaluation neuropsychologique mettait en évidence sur le plan comportemental une personne angoissée, collaborante et légèrement loquace lors des différentes tâches proposées. Cliniquement, on observait une tristesse (pleurs) lors de l'évaluation ainsi qu'une tendance logorrhéique pendant les épreuves. Par rapport aux sujets du même âge, le niveau d'efficacité intellectuelle global était situé dans la zone « moyen faible à moyen ». Le profil de la recourante était caractérisé au premier plan par une altération de ses capacités mnésiques et attentionnelles. De plus, la plupart des résultats étaient déficitaires et les nombreuses épreuves avaient été laborieuses pour la recourante. Ses capacités de cognition sociale étaient également altérées. En ce qui concernait les fonctions exécutives, les résultats démontraient des facultés de flexibilité mentale et de contrôle inhibiteur altérées. Enfin, l'évaluation de la validité des symptômes révélait un biais de réponse. Les tests présentant une modalité visuelle étaient à prendre avec précaution.

Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'autres troubles somatoformes (F 45.8) dès 2017 ; de neurasthénie (F 48.0) dès 2017 ; et de traits de personnalité paranoïaque (sensitive) (Z 73.1) dès l'âge de 25 ans. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) dès 2019 et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) dès 2017. S'agissant de la gravité, les traits de personnalité paranoïaque étaient marqués, mais ne correspondaient pas à un trouble de personnalité franc. En effet, le dysfonctionnement social restait modeste en dehors du champ professionnel, les relations interpersonnelles n'étaient pas caractérisées par une quérulence fréquente, la tendance au repli n'empêchait pas l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, notamment par rapport à sa fille. Le trouble somatoforme et la neurasthénie étaient sévères. Ils remontaient à 2017, sans aucune amélioration notable. Les symptômes étaient riches, dramatisés, avec un impact existant mais majoré dans les activités du quotidien et la vie sociale. La recourante peinait à assumer son ménage et les courses. Sa vie sociale était limitée au cercle de l'église et à des amies rares, mais elle était capable de se rendre en vacances dans son pays, ne vivait pas isolée, arrivait à s'occuper adéquatement de sa fille. Depuis 2017, l'état clinique était resté stationnaire selon la recourante et ses thérapeutes. Les experts rejoignent l'observation de l'expertise de 2019 s'agissant du trouble

dépressif sous traitement bien dosé. Les symptômes somatiques polymorphes centrés sur le corps, incluant ceux de neurasthénie, étaient inchangés. Les experts ont précisé que la neurasthénie avait disparu dans la classification du DSM-V et était désormais rangée parmi les troubles à symptomatologie somatique et apparentés. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles touchaient en priorité l'endurance, la résistance, la proactivité, l'intégration dans un groupe, la capacité de contact et de conversation avec des tiers, la relation à deux, la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, et la prise en charge personnelle dans les activités de la vie quotidienne. Compte tenu de la majoration symptomatique, on pouvait considérer que la limitation dans la gestion du quotidien était au maximum légère à moyenne. S'agissant d'une éventuelle exagération, l'analyse neuropsychologique démontrait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La recourante pouvait se montrer démonstrative, mais ses plaintes étaient précises, elle ne faisait pas référence à de lourds handicaps. La majoration observée était en grande partie inconsciente chez une recourante éprouvant un sentiment de honte pour son évolution récente, tout en pouvant être vindicative et victimaire à l'égard de l'AI et de ses soignants. Cela ne suffisait pas à exclure une atteinte à la santé. Le trouble somatoforme et la neurasthénie impliquaient une baisse sensible du rendement, une vitesse de traitement de l'information diminuée, une tendance au désinvestissement rapide des tâches difficiles, la priorité étant donnée au corps et à sa souffrance. Les traits de personnalité paranoïaque compliquaient les relations interpersonnelles, avec tendance à la victimisation, intolérance à la critique avec vécu d'humiliation et d'orgueil blessé, méfiance et tendance au retrait. Les plaintes somatiques restaient peu objectivées, hormis à travers l'examen clinique. La recourante ne manifestait pas sur le plan infra-verbal de douleurs lors de l'entretien psychiatrique. Les traits de personnalité paranoïaque (sensitive) avaient été identifiés par les experts sur la base de l'attitude de la recourante. Le tableau clinique était partiellement cohérent. L'analyse de l'impact fonctionnel montrait des domaines préservés, qui devaient être pris en considération dans la définition du degré d'invalidité. Le trouble somatoforme et la neurasthénie étaient des pathologies chroniques, peu évolutives. Le trouble dépressif récurrent était actuellement léger, grâce au suivi psychiatrique et au traitement antidépresseur. Il était à noter que même en 2017, avant le début de la thérapie, sa sévérité était légère. Il était probable que les soins avaient permis d'éviter une dégradation de l'état psychique de la recourante. La majoration des symptômes était le fruit de la chronicisation du conflit asséurologique et représentait un signe d'aggravation de l'état psychique, avec installation dans une position victimaire, favorisée par le lourd passé familial. Les traits de personnalité paranoïaque figeaient davantage le trouble somatoforme et la neurasthénie, avec une demande de réparation et un vécu d'injustice qui ne laissaient pas la recourante imaginer un avenir quelconque. S'agissant des ressources, la recourante pouvait investir des projets ponctuels, avec une thymie stable, sans impulsivité majeure, ni troubles du comportement

psychomoteur. Elle était capable d'interagir avec autrui, et elle ne présentait pas de symptômes psychotiques envahissants, ni de troubles de l'addiction. Son niveau intellectuel était dans la norme. La relation avec sa fille restait protégée et de bonne qualité. En revanche, elle ne bénéficiait pas de soutien de la part de sa famille et son cercle social restait très restreint. La recourante présentait une incapacité de travail à 100 % dans un milieu usuel depuis 2017. Les traits de personnalité paranoïaque n'étaient pas incapacitants en soi, mais l'étaient devenus dans leur interaction avec le trouble somatoforme et la neurasthénie. Ils aggravaient l'incapacité de travail liée à ces deux diagnostics, en ajoutant des limitations fonctionnelles comme l'intolérance à la remise en question, la vulnérabilité à la critique, la réaction de repli hostile avec méfiance accrue. Ces symptômes étaient présents auparavant et expliquaient un parcours insatisfaisant, avec de multiples arrêts jusqu'en 1998. À l'heure actuelle, ils renforçaient sans aucun doute l'impossibilité de travailler en milieu usuel. Le trouble somatoforme et la neurasthénie étaient invalidants en milieu usuel dès 2017 à 50 % en fonction des indices jurisprudentiels, et notamment la résistance au traitement, la comorbidité avec des traits de personnalité pathologique, une souffrance subjective majeure, même en tenant compte de la majoration observée, un très faible soutien familial et social et une atteinte cognitive touchant la vitesse de traitement, la mémoire et l'attention. La recourante n'était pas capable d'exercer son activité lucrative habituelle depuis octobre 2017. Elle pouvait dès cette date travailler à 60 % dans une activité adaptée, solitaire, peu exposée au stress, sans interactions hiérarchiques importantes. La recourante avait fonctionné dans un emploi d'entretien pendant de longues années, jusqu'à l'émergence du trouble somatoforme et de la neurasthénie. Au cas où une activité dans un milieu bienveillant non confrontant serait trouvée, les traits de personnalité ne seraient plus invalidants. Seuls le trouble somatoforme et la neurasthénie continueraient à influencer le rendement de la recourante en le diminuant de 40 % (tenant compte de la majoration observée). Le pronostic était mauvais chez une femme vindicative, malheureuse, au discours victimaire, souhaitant la reconnaissance des torts subis, sans réel intérêt à la reprise d'une activité lucrative. Le dosage sanguin montrait une bonne compliance pour le traitement antidépresseur. Le traitement de prégabaline rapporté par le Dr G_____ restait dans une zone infra-thérapeutique, mais cette molécule avait peu d'impact sur les diagnostics retenus et son indication était douteuse. Le traitement antidépresseur était approprié. La prise en charge était adaptée, et la recourante collaborait bien avec ses thérapeutes. Les experts se sont prononcés sur l'avis du Dr D_____, retenant qu'il ne prenait pas en considération l'effet invalidant du trouble somatoforme et de la neurasthénie. Les critères de la jurisprudence étaient en partie remplis à ce jour, notamment en ce qui concernait le poids de la souffrance, la limitation des ressources cognitives, affectives et sociales et les traits de personnalité paranoïaque. Une différence essentielle était que la recourante n'était pas prise en charge à l'époque sur le plan psychiatrique. Ainsi, l'expert fondait des espoirs sur

le traitement médicamenteux du trouble dépressif et l'amendement du trouble somatoforme. Trois ans plus tard, l'échec du traitement du trouble somatoforme et de la neurasthénie devait être constaté. S'agissant des traits de personnalité, les traits anxieux évitants ne se retrouvaient pas chez la recourante. Ces traits n'avaient certes pas empêché le fonctionnement dans un métier à faible exposition sociale, isolé et répétitif. L'émergence du trouble somatoforme et de la neurasthénie avait alors diminué son rendement de 40 % dans cet emploi, qui devrait être considéré comme adapté par rapport à ses traits de caractère. S'agissant du rapport du Dr B_____ du 16 avril 2018, la présence d'un état dépressif avait pu être d'actualité en 2017, mais l'évolution avait été favorable à partir de 2019. De plus, l'analyse de ce médecin ne prenait pas en considération les traits de personnalité et leur impact dans le travail. Dans un milieu adapté sur le plan de ses traits de personnalité, comme celui de son dernier emploi, la capacité de travail avait pu être de 75 % en 2018, mais ne dépassait pas 60 % à ce jour, compte tenu de la chronicisation de la symptomatologie somatique et de l'absence de réponse au traitement. La situation actuelle n'avait pas de possibilité évolutive notable. S'agissant des mesures de réadaptation, une reprise à 60 %, au plus, dans un milieu bienveillant, solitaire, avec faible exposition au stress et aux rapports hiérarchiques devait être tentée.

k. Dans ses déterminations du 31 août 2022, la recourante a noté que contrairement à ce qu'avait retenu l'expert, le Dr B_____ n'avait pas estimé la capacité de travail à 75 %, dans une activité adaptée, mais retenu une incapacité de travail totale. Il convenait d'inviter l'expert à se prononcer sur ce point une nouvelle fois. Pour le surplus, l'expertise était convaincante et avait valeur probante. La recourante a soutenu que dans l'activité habituelle d'employée de maison, son incapacité de travail était totale en raison des symptômes psychiques. Il y aurait lieu d'apporter un soin particulier à la recherche d'une activité adaptée à son état psychique. La recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

l. Le 26 septembre 2022, l'intimé s'est déterminé. Il a dit se rallier à l'avis du SMR joint à son écriture. L'examen des indicateurs jurisprudentiels permettait de conclure à une pleine capacité de travail, et les traits de personnalité ne pouvaient, en principe, pas fonder une incapacité de travail au sens de la loi. La recourante avait des ressources, puisqu'elle était indépendante dans la vie quotidienne, avait des amies, fréquentait l'église et partait en vacances au Portugal.

Dans l'avis joint du 23 septembre 2022, le SMR a souligné que le diagnostic de neurasthénie n'était pas retenu par la CIM-10, et que la fatigue pouvait faire partie du trouble somatoforme douloureux. Selon l'expert, la recourante présentait des traits de personnalité pathologiques, mais pas de troubles de la personnalité, et l'anamnèse révélait des ressources : malgré une enfance et une adolescence difficiles, elle avait pu émigrer, travailler et se faire des amies. Le bilan neuropsychologique ne permettait pas d'apporter des conclusions sur les capacités cognitives de la recourante au vu des incohérences relevées. Partant, l'analyse des

indicateurs démontrait que la recourante ne présentait pas une atteinte psychiatrique sévère, mais tout au plus légère (traits de personnalité, trouble dépressif léger non incapacitant, absence de troubles cognitifs objectivés et de trouble de la personnalité décompensé, ressources internes, isolement social partiel, activités quotidiennes non perturbées et non modifiées depuis 2019, et incohérences relevées lors de l'examen neuropsychologique). Ainsi, le SMR ne pouvait suivre les conclusions du Prof. H_____ et maintenait sa dernière appréciation.

m. Le 28 septembre 2022, la chambre de céans a indiqué à la recourante que l'expert avait répondu sans ambiguïté sur sa capacité de travail, et qu'il ne lui paraissait pas nécessaire de lui soumettre une nouvelle fois cette question.

n. À la même date, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'ordonnance du 7 février 2022, qui a également décrit l'objet du litige.

On peut y renvoyer.

2. La novelle du 21 juin 2019 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours n'était pas pendant à cette date, il est soumis au nouveau droit (art. 82a LPGA).

Quant aux modifications du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, elles ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Les dispositions de la LAI seront ainsi citées dans leur teneur au 31 janvier 2021.

3. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose, en outre, qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

4. En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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 (al. 2).
5. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

5.3 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

- 6.** La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

6.1 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcentage (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de

comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1).

6.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références)

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il n'est toutefois pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité lorsque le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). Tel est

notamment le cas lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, par exemple lorsque l'assuré conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, comme en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et 5.2).

7. Dans un arrêt concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part.

7.1 Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation

entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

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 ses 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance, révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

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 asséculoologique 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 que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

7.2 La fibromyalgie est considérée comme faisant partie des atteintes psychosomatiques soumises à la grille d'évaluation normative et structurée développée par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2).

7.3 Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle 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).

8. En l'espèce, la chambre de céans a déjà exposé pour quels motifs l'expertise du Dr D_____ ne permettait pas de trancher de manière fiable la capacité de gain de la recourante et, partant, son droit aux prestations.

L'expertise du Prof. H_____ et de Mme I_____ satisfait entièrement aux réquisits en matière de valeur probante de rapports médicaux. Elle a en effet été établie après que ces experts ont pris connaissance du dossier de la recourante, elle contient une anamnèse fouillée, des diagnostics précis fondés sur un examen clinique approfondi, et des conclusions claires et soigneusement motivées. Elle analyse, en outre, de manière convaincante la capacité de travail à l'aune des critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

Il n'y a partant pas lieu de s'écarter de ses conclusions, selon lesquelles la recourante n'est plus en mesure de travailler dans son activité habituelle depuis octobre 2017 mais dispose dès cette date d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée. À ce sujet, il convient de souligner, eu égard à l'observation de la recourante, que les experts judiciaires se sont prononcés clairement sur la capacité de travail, et que leur commentaire sur la capacité de travail qu'aurait retenue le Dr B_____ ne se substitue pas à leur analyse de la capacité de travail, mais s'inscrit dans leurs déterminations sur d'éventuelles divergences avec les avis des médecins traitants. Elle n'a donc pas une portée déterminante, a fortiori dès lors que le droit aux prestations n'était pas ouvert en 2017 au vu de la date du dépôt de la demande. Il est ainsi inutile d'interpeller les experts à ce sujet – comme l'a du reste déjà indiqué la chambre de céans.

Les critiques du SMR et de l'intimé ne suffisent pas non plus à nier la valeur probante du rapport du Prof. H_____ et de Mme I_____. En ce qui concerne le caractère invalidant des traits de personnalité, les experts ont exposé de manière convaincante pour quels motifs ces traits, en soi non incapacitants, le devenaient en raison de leur interaction avec les autres troubles de la recourante. S'agissant de l'allégation selon laquelle les indicateurs jurisprudentiels révéleraient une pleine capacité de travail, elle n'est guère motivée et on voit mal sur quels éléments l'intimé se fonde. Les experts ont en effet relevé le cercle social très restreint de la recourante et le fait qu'elle est limitée dans plusieurs tâches du quotidien, et ils ont exposé de manière détaillée les différents éléments pris en considération dans le cadre de l'analyse des critères pertinents. Le fait de conserver quelques contacts et de partir occasionnellement dans son pays d'origine pour y passer des vacances ne suffit pas à conclure à des ressources intactes, ni même suffisantes. Quant au SMR, il considère que l'existence de ressources est démontrée par le fait que la recourante a pu émigrer et travailler. Il s'agit cependant d'éléments anciens, et le fait que la recourante disposait par le passé de certaines ressources ne signifie pas qu'elle les a conservées. Les experts

judiciaires ont précisément constaté la pauvreté des ressources de la recourante. Quant aux incohérences relevées, les experts les ont également dûment notées, en particulier la majoration des symptômes. Ils ont souligné qu'ils les avaient prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail, en précisant qu'elles ne suffisaient pas à exclure une atteinte invalidante. Quant aux problèmes cognitifs, ils n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic incapacitant. S'agissant de la neurasthénie, le Prof. H_____ a bien tenu compte des modifications dans la nomenclature des pathologies, puisqu'il a précisé qu'elle était désormais assimilée à des troubles somatoformes. La nouvelle classification d'une maladie ne suffit, du reste, pas à exclure son éventuel effet invalidant.

La chambre de céans se ralliera ainsi aux conclusions du Prof. H_____ et de Mme I_____, aux termes desquelles la recourante dispose d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée depuis octobre 2017.

9. Il convient d'examiner le degré d'invalidité de la recourante.

Celle-ci n'exerçait aucune activité professionnelle lors du dépôt de sa demande de prestations. En l'absence de salaire réalisé, il y a lieu de se référer aux revenus statistiques pour établir le gain sans invalidité. Au vu de l'absence de formation certifiée et du type d'activité exercé avant l'atteinte à la santé, on peut se fonder sur le revenu tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS, TA1_tirage_skill_level, ligne Total, niveau 1). Le revenu après atteinte à la santé peut être établi en référence aux mêmes données. On notera que les restrictions tracées par les experts, soit un milieu bienveillant, un travail solitaire avec une faible exposition au stress ne sont pas si incisives qu'elles rendraient la recherche d'un poste adapté illusoire sur un marché du travail équilibré, qui offre une grande palette de postes accessibles sans formation particulière. Les limitations fonctionnelles entraînées par les traits de personnalité ne sont par exemple pas incompatibles avec une activité d'employée de maison selon les experts. En particulier, la nécessité d'éviter un milieu compétitif est compatible avec une activité n'exigeant qu'un faible niveau de compétences. Tel est également le cas des limitations fonctionnelles physiques décrites par les médecins traitants.

Le salaire après et avant atteinte à la santé devant être fondé sur les mêmes bases statistiques, l'invalidité se confond ici avec l'incapacité de gain de 40 % retenue par les experts.

La recourante a ainsi droit à un quart de rente, six mois après le dépôt de sa demande, soit dès le 1^{er} septembre 2018 (art. 29 al. 1 LAI).

On précisera encore que la recourante n'a pas conclu à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, mais uniquement à l'octroi d'une rente. De plus, au plan subjectif, de telles mesures ne paraissent pas indiquées, la recourante ayant indiqué sans ambiguïté qu'elle se sentait incapable de reprendre une activité professionnelle, tant lors de son audition par la chambre de céans qu'aux experts. Enfin, les

activités de niveau 1 selon l'ESS n'exigent généralement pas de formation autre qu'une mise au courant initiale, si bien qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne paraît s'imposer.

- 10.** Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours.
- 11.** Aucun élément ne permet de considérer que l'assureur n'a pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige, dès lors les frais d'expertise judiciaire seront supportés par l'État.
- 12.** Assistée par un avocat et obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).
- 13.** La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 26 novembre 2019.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente, dès le 1^{er} septembre 2018.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.-
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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