



POUVOIR JUDICIAIRE

A/43/2021

ATAS/998/2023

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par LOYCO SA, mandataire

contre

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

intimé

et

B_____

appelée en
cause

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame B_____ (ci-après : l'assurée ou l'appelée en cause), née en _____ 1987, a été hospitalisée auprès du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 5 au 11 février 2014, en raison d'un trouble psychotique aigu essentiellement délirant (F23.3) et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Selon la lettre de sortie du 23 mai 2014, signée par les docteurs C_____, médecin chef de clinique, et D_____, médecin interne, il s'agissait d'une première hospitalisation et l'anamnèse faisait apparaître des troubles psychiques, qui avaient déjà amené l'assurée à se présenter, en mars 2011, aux urgences psychiatriques. Elle avait également présenté un état dépressif en 2007, pour lequel elle avait été mise sous traitement par antidépresseur Efexor et antipsychotique Risperdal.
- b.** En dépit de ses troubles, l'assurée a travaillé en qualité de conseillère de vente dans le magasin à l'enseigne E_____, propriété de la société F_____ (ci-après : l'employeur), depuis le 1^{er} mars 2016 jusqu'au 31 août 2018.
- c.** Elle a présenté une demande de prestation invalidité, à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui l'a reçue en date du 18 janvier 2019. La demande se fondait sur des troubles psychiques, plus précisément une pathologie psychiatrique schizophrène et paranoïde, qui existait depuis 2007 et qui, selon l'assurée, lui causait des difficultés qui l'amenaient à demander des mesures de réadaptation professionnelle. Elle mentionnait comme médecins traitants la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine générale, et le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- d.** La Dre G_____ a communiqué à l'OAI un rapport médical daté du 29 janvier 2019 dans lequel elle indiquait avoir suivi l'assurée très irrégulièrement depuis 2014 et l'avoir vue pour la dernière fois en avril 2018, ceci dans le cadre de troubles psychiatriques sévères. Son pronostic sur la capacité de travail était mauvais car le diagnostic de maladie psychiatrique était refusé par la famille et par la patiente. Selon le médecin, le déni de la maladie, tel qu'observé lors des dernières consultations, faisait obstacle à des mesures de réadaptation.
- e.** Dans son questionnaire daté du 12 février 2019 et destiné à l'OAI, l'employeur a confirmé avoir résilié le contrat de travail de l'assurée en raison d'absences répétées au poste de travail. Il précisait, par ailleurs, avoir examiné s'il existait des possibilités de placement à l'interne, ce qui n'avait pas été le cas.
- f.** Le Dr H_____ a retourné à l'OAI un questionnaire complété, en date du 6 mars 2019, dans lequel il diagnostiquait chez l'assurée une schizophrénie paranoïde (F20.0). Selon le psychiatre, la patiente n'était actuellement pas capable de reprendre ses activités professionnelles habituelles et ses limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne étaient la conséquence des symptômes suivants : idées délirantes persistantes, perception délirante de la réalité,

interruption ou altération du cours de la pensée, discours incohérent et pauvre, apathie et retrait social important. Le médecin recommandait fortement la possibilité d'une intégration à une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles de ses conditions psychiques en envisageant un taux d'activité allant, au début, de 50%, puis graduellement jusqu'au taux de 100%. Il mentionnait comme date de début du traitement psychiatrique et médicamenteux le 11 juin 2018 et comme date du début du suivi psychothérapique avec des séances hebdomadaires, le 28 novembre 2018.

g. Par note du 27 mars 2019, l'OAI a retenu un statut de personne exerçant une activité lucrative à hauteur de 32 heures par semaine.

h. Par communication du 18 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait qu'il n'y avait aucune mesure de réadaptation possible et l'a informée qu'une décision serait prise sur une éventuelle rente.

i. Dans son rapport final du 11 juillet 2019, la docteure I_____, du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, a résumé les troubles de la santé de l'assurée et a relevé que l'atteinte à la santé avait probablement empêché l'assurée de terminer sa formation, mais qu'elle avait cependant réussi à travailler jusqu'en 2018. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde était retenu, avec une incapacité de travail durable, depuis au moins le 14 juin 2018. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était estimée à 0%, assortie d'une inaptitude à la réadaptation.

j. Par courrier du 8 novembre 2019, le Dr H_____ a interpellé l'OAI en considérant que l'état de santé de l'assurée était désormais compatible avec l'octroi de mesures de réadaptation et a demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision du 18 juin 2019 selon laquelle aucune mesure de réadaptation n'était possible. Il mentionnait, notamment, que l'assurée avait émis le souhait de reprendre une activité dans le domaine de l'horlogerie, ce qui paraissait adapté à son état de santé actuel, et le médecin a suggéré de vérifier si elle pouvait effectuer une formation dans ce domaine, par une prochaine mesure d'évaluation.

k. Le 6 décembre 2019, l'OAI a reçu un nouveau questionnaire sur l'état de santé de l'assurée, complété par son psychiatre, qui a fait valoir que l'état de la santé de la patiente s'était amélioré légèrement depuis la date du dernier rapport et qu'il n'y avait pas eu d'aggravation. La dernière consultation datait du 16 août 2019. Le médecin traitant a insisté à nouveau sur la recommandation que l'assurée intègre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec en début d'activité un taux de 50%, allant graduellement jusqu'à 100%.

l. Par communication du 13 janvier 2020, l'OAI a pris une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un stage d'orientation en faveur de l'assurée, en prenant en charge les frais pour un stage d'observation en horlogerie auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 6 janvier au 2 février 2020, en vue de l'exercice d'une activité adaptée.

m. Par note de travail du service de réadaptation de l'OAI datée du 14 février 2020, le procès-verbal d'un entretien de bilan du stage aux EPI, en présence de l'assurée et de deux représentants des EPI, a été consigné. L'assurée avait suivi la mesure pendant quatre semaines, à 100%, sans absence ni arrivée tardive. Son savoir-être était décrit comme irréprochable ; elle n'avait présenté aucune difficulté dans le respect, tant de ses collègues, de la hiérarchie que du matériel mis à disposition. La communication et l'intégration étaient bonnes. Les capacités physiques ainsi que l'endurance étaient dans la norme, bien que de légers signes de fatigue aient été parfois relevés en fin de journée. Selon les représentants des EPI, l'assurée avait montré de la persévérance et une grande volonté à atteindre ses objectifs ; l'organisation et la méthodologie de travail étaient en dessous du niveau d'attente et la transmission des consignes était difficile et nécessitait des répétitions. L'assurée confirmait cela, en évoquant un manque de concentration depuis plusieurs années. La logique mécanique n'était pas acquise et la lecture de plans était compliquée. La durée habituelle de formation modulaire était de trois à six mois pour permettre une employabilité mais, selon l'un des représentants des EPI, l'assurée n'était pas capable d'intégrer les notions dans ce laps de temps. Son savoir-être était bon mais, en revanche, les difficultés de concentration et d'organisation empêchaient une projection dans une activité de premier marché.

B. a. Par courrier du 2 juin 2021, l'OAI a informé l'assurée de son projet d'acceptation de rente, soit l'octroi d'une rente invalidité et le refus de mesures professionnelles. Le statut était celui d'une personne travaillant à 80% et effectuant ses travaux habituels à 20%. Son empêchement était de 100% dans son activité professionnelle à 80%, ce dont il résultait un taux d'invalidité de 80%, dès le 1^{er} juillet 2019.

b. Une copie du projet a été communiquée à l'A_____ (ci-après : la fondation ou la recourante), en sa qualité de fondation de prévoyance de l'assurée, susceptible de devoir lui verser une rente.

c. Par courrier du 3 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée que la procédure d'audition était terminée et que la caisse interprofessionnelle AVS de la fédération des entreprises romandes FER CIAM 106.1 allait bientôt lui communiquer une décision sujette à recours après avoir procédé au calcul de la rente.

d. Le 25 septembre 2020, la fondation a accusé réception des dernières pièces du dossier de l'assurée en mentionnant que, suite au refus de l'OAI de procéder à une instruction approfondie de la demande de prestations de l'assurée, la fondation n'avait pas d'autre choix que de « recourir contre votre décision et d'adresser une plainte à l'OFAS ».

e. Par décision du 24 novembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée un droit à une rente ordinaire, à dater du 1^{er} juillet 2019. Le droit à la rente entière était reconnu sur la base d'un degré d'invalidité de 80%, ce qui faisait suite à la demande de prestations déposée le 18 janvier 2019. Le statut était celui d'une personne

exerçant son activité professionnelle à 80% et consacrant les 20% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage ; la demande était tardive car elle avait été déposée en date du 18 janvier 2019 ; dès lors, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} juillet 2019.

- C. a.** Par acte de son mandataire, posté le 6 janvier 2021, la fondation a interjeté un recours contre la décision du 24 novembre 2020 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en se fondant sur le fait qu'elle était touchée par la décision et avait un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, ce qui lui donnait la qualité pour recourir. En substance, la recourante s'est étonnée de la décision de l'intimé selon laquelle aucune réadaptation professionnelle n'était possible en rappelant, d'une part, que l'assurée elle-même souhaitait pouvoir bénéficier de mesures professionnelles et d'autre part, que le psychiatre traitant de l'assurée avait confirmé que son état de santé était compatible avec des mesures professionnelles. En premier lieu, la recourante reprochait le statut retenu par l'OAI, alléguant que pendant ses diverses périodes de chômage, il apparaissait que l'assurée avait systématiquement cherché une activité professionnelle à 100%. Dès lors, le fait qu'elle n'avait travaillé qu'à un taux de 80% auprès de son dernier employeur n'y changeait rien. Selon la recourante, cette différence démontrait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20%, au moins, de longue date, en tout cas avant le 1^{er} mars 2016. Dès lors, la méthode mixte n'était pas applicable. S'agissant des mesures professionnelles, la recourante reprochait à l'intimé de s'être contenté de conclure, à l'issue d'un stage d'évaluation de quelques semaines dans le domaine de l'horlogerie, qu'aucune mesure professionnelle n'était plus envisageable. La recourante estimait que rien ne permettait d'exclure une reconversion professionnelle dans une autre activité, peut-être moins complexe. La fondation concluait à l'annulation de la décision du 24 novembre 2020 et à ce qu'il soit dit que l'OAI était tenu de reprendre l'instruction de la demande de prestations et à la mise en place de mesures professionnelles pour l'assurée, sous suite de frais et dépens.
- b.** Par réponse du 3 février 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, dès lors que l'instruction du dossier avait été menée à satisfaction de droit après que l'ensemble des médecins traitants de l'assurée eussent été questionnés et qu'un stage d'observation professionnelle aux EPI eut été organisé.
- c.** Par réplique du 26 février 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions, reprochant, notamment, à l'OAI de ne pas avoir ordonné une expertise psychiatrique.
- d.** Dans sa duplique du 16 mars 2021, l'OAI a maintenu sa position.
- e.** La chambre de céans a appointé une audience de comparution personnelle en date du 27 janvier 2022 et a procédé à l'audition de l'assurée en qualité de témoin.

Cette dernière a confirmé avoir été licenciée par son employeur en raison de ses nombreuses absences pour raison de maladie ; elle a exposé qu'elle prenait ses médicaments et que lorsqu'elle sentait que les choses se passaient mal, elle s'absentait, espérant ainsi récupérer, se sentir mieux et pouvoir revenir au travail ; néanmoins, le fait de devoir justifier ses absences à l'égard de son employeur lui posait quelques problèmes. Elle souhaitait retrouver un travail, dans l'idéal à 80%, tout en étant consciente qu'elle devait être peut-être travailler à 50% pour pouvoir mieux gérer sa maladie. Suite au décès de son psychiatre traitant, c'était désormais la docteure J_____, du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) de la Jonction, qui la suivait, à raison d'une séance par mois. Elle avait conscience du fait que si elle reprenait une activité professionnelle à 50%, par exemple, cela diminuerait d'autant sa rente invalidité, mais son objectif principal était de retrouver un travail car elle souffrait de cette situation et une activité lucrative, même à mi-temps, lui ferait du bien. Elle était soutenue dans ce projet par sa famille et par sa nouvelle psychiatre. Elle regrettait de n'avoir pas pu concrétiser ses projets dans l'horlogerie en raison de ses problèmes de concentration, mais considérait que ces derniers s'étaient améliorés depuis lors.

La représentante de la recourante a confirmé que l'assurée avait été licenciée suite à ses nombreuses absences pour raison de maladie mais qu'en dehors de cela, c'était une personne qui donnait satisfaction. Elle était d'avis qu'elle pouvait bénéficier d'un reclassement en dépit des troubles mentaux dont elle souffrait. La représentante de l'intimé, quant à elle, a expliqué n'avoir pas mandaté de psychiatre en raison du fait que l'OAI s'était fondé sur l'avis de son médecin traitant et sur le rapport de stage auprès des EPI. S'agissant du statut de 80% qui était contesté par la recourante, l'OAI considérait que même s'il fallait admettre un 100% d'activité professionnelle, cela ne changerait rien.

f. La chambre de céans a procédé à l'appel en cause de l'assurée par ordonnance du 2 février 2023 et lui a imparti un délai pour se déterminer.

g. Par courrier du 18 avril 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur K_____.

h. L'appelée en cause n'a pas réagi et les deux autres parties ne se sont pas opposées à la nomination de l'expert.

i. Par courrier du 24 avril 2023, la chambre de céans a communiqué un projet de mission d'expertise et a invité les parties à faire leurs observations. Dans le délai fixé, l'appelée en cause n'a pas réagi, l'intimé n'a pas contesté le projet de mandat et la recourante a demandé de supprimer la question en rapport avec l'appréciation de la docteure G_____, ce qui a été accepté par la chambre de céans.

j. Le Dr K_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 30 octobre 2023. Il a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde F 20.0 et de trouble délirant F 22.0, mentionnant que s'ajoutait à cette pathologie psychotique une fragilité psychique constitutionnelle plus ancienne qui entrainait peut-être dans le cadre d'une pathologie plus large, un trouble envahissant du développement. S'agissant de la capacité de travail, l'expert s'est montré prudent, considérant que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et avec un traitement adéquat et bien suivi, le trouble délirant empêchait une activité à plein temps et un taux d'activité de 50% paraissait le maximum exigible. Une mesure professionnelle de réinsertion pouvait être tentée mais elle devait être accompagnée d'un suivi attentif, de manière à garantir à l'expertisée et à l'employeur les meilleures conditions possibles pour favoriser le succès de la mesure. L'expert considérait que la capacité de travail était nulle à partir de juin 2018 jusqu'à octobre 2019, puis de 50% de novembre 2019 à juillet 2021, à nouveau nulle d'août 2021 à juillet 2023, puis de 50% à partir d'août 2023 pour une durée indéterminée.

k. Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise. Par courrier du 22 novembre 2023, l'OAI a considéré qu'il n'existait pas d'élément objectif permettant de remettre en question son appréciation, en se fondant notamment sur un rapport de son SMR daté du 21 novembre 2023, qui doutait du caractère objectif de l'appréciation de l'expert, selon laquelle l'assurée avait pu bénéficier d'une capacité de travail de 50%, entre novembre 2019 et juillet 2021, puis dès le mois d'août 2023. S'agissant des mesures de réadaptation, elles n'étaient que projectives et le SMR maintenait sa précédente appréciation du cas, soit une incapacité de travail totale, dans toute activité. Par courrier du 24 novembre 2023, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en émettant de sérieux doutes sur la date de début de l'incapacité de travail retenue par l'expert. Par courrier posté le 23 novembre 2023, l'appelée en cause a soutenu l'idée de reprendre une activité à 50%, même si elle manquait encore de confiance en elle, car elle était prête à essayer de nouveau, insistant sur le fait qu'il était primordial d'avoir une activité lucrative et qu'une formation professionnelle serait extrêmement bénéfique pour elle.

l. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

m. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

- 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour

de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, les faits juridiquement déterminants se sont produits antérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 24 novembre 2020, singulièrement sur le refus de mesures de réadaptation et sur l'octroi d'une rente invalidité.
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

8.

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

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

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des

symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

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

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*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). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et

sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

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

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

10. 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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut

généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

11. 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).

12.

12.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

12.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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.

12.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

12.4 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

12.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

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

12.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

- 13.** 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*).

14.

14.1 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 détail 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).

14.2 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).

15. 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).
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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 18.** Dans son ordonnance d'expertise du 7 juin 2023, la chambre de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur le caractère incomplet de l'instruction effectuée par l'OAI, point n'est besoin de revenir sur cet aspect.

En l'espèce, la fondation recourante, qui pourrait être amenée à servir une rente, maintient ses conclusions, tout en mentionnant des doutes sur la date de début de l'invalidité retenue par l'expert, mais sans apporter d'élément objectif.

L'OAI de son côté, considère qu'il est douteux que l'expert ait pu établir de manière objective des périodes pendant lesquelles l'appelée en cause avait une capacité de travail de 50%, raison pour laquelle il maintient les termes de sa décision ; il ajoute que, même si une réadaptation pouvait exister, elle n'a pas pu être confirmée et on ne peut ainsi conclure que la capacité de travail était de 50% durant cet intervalle de temps.

L'appelée en cause, quant à elle, insiste sur son souhait de reprendre une activité lucrative et d'obtenir, le cas échéant, une mesure de réadaptation sous forme de formation professionnelle, apparemment dans le domaine de l'art.

18.1 Il convient d'examiner si la chambre de céans peut suivre les conclusions de l'expert psychiatre et donc, d'examiner si le rapport d'expertise présente une valeur probante.

Le rapport de l'expert psychiatre K_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par deux entretiens avec l'assurée, totalisant 2h00 en tout, ainsi qu'un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant de l'assurée, le docteur L_____, du département de psychiatrie (CAPPI de la Jonction).

Le rapport psychiatrique contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée, et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée.

L'expert a commencé par rappeler les hésitations des précédents psychiatres quant aux diagnostics, ces derniers ayant évoqué successivement : en 2007, un trouble de l'humeur, puis une pathologie de la personnalité ; en 2011, une pathologie anxieuse avec idéation de persécution ; en 2014, un trouble psychotique non spécifié ou un

trouble dépressif ; en 2018, un trouble délirant chronique non spécifié ; en 2019, une schizophrénie paranoïde et enfin, en 2021, un trouble psychotique indéterminé.

Selon l'expert, chacun de ces diagnostics rend compte des diverses manifestations cliniques présentes au cours de l'évolution des troubles, depuis 2007. À l'heure actuelle, malgré un traitement neuroleptique bien suivi, puisqu'administré par voie intramusculaire, l'examen montre la persistance de troubles cognitifs, notamment attention/concentration et de probables lacunes du bagage scolaire, ainsi que d'une anxiété/méfiance vis-à-vis d'autrui, soit une anxiété sociale, y compris vis-à-vis de l'expert ; ce dernier n'exclut pas qu'il persiste des idées de persécution. À l'aune de ces symptômes, le psychiatre a retenu deux diagnostics qui semblent entrer en ligne de compte, soit une schizophrénie paranoïde (F 20.0) et un trouble délirant (F 22.0). L'expert considère que les troubles cognitifs ont débuté bien avant la survenue du trouble psychotique puisqu'ils se sont manifestés dès le début de l'école primaire, mais ils ont certainement été aggravés par le trouble psychotique intervenu ultérieurement. S'agissant du trouble délirant, l'expert considère qu'il semble mieux rendre compte de la sémiologie psychotique constatée chez l'expertisée, depuis 2011 au moins, à savoir la présence constante et inébranlable d'idées délirantes de persécution qui semblent être fixées sur un ex-ami. Après avoir comparé ces troubles, l'expert arrive à la conclusion qu'il faut retenir le diagnostic de trouble délirant probable, auquel s'ajoute une fragilité psychique constitutionnelle plus ancienne, puisque présente dès l'enfance et se manifestant par une anxiété sociale diffuse et des troubles cognitifs de l'attention et de l'apprentissage. Cette fragilité ancienne rentre peut-être dans le cadre d'une pathologie plus large, un trouble envahissant du développement. À l'âge adulte, l'anxiété sociale a pris un tour délirant et les troubles cognitifs ont persisté, aggravés par la présence du trouble psychotique. Ce dernier est maintenant au premier plan, ce qui ne permet pas de distinguer la part résiduelle du trouble de développement dans le tableau actuel.

Les limitations fonctionnelles décrites par l'expert sont de deux ordres : en premier lieu, le vécu persécutoire, soit une source permanente et importante de conflits interpersonnels, ce qui s'était passé lorsqu'elle fréquentait l'école des Arts décoratifs et également lors de son emploi de vendeuse, entre 2016 et 2018. L'absentéisme élevé qui était à l'origine de son licenciement était dû à l'anxiété persécutoire que l'assurée cherchait à éviter, en ne se rendant pas à son travail. Ce mécanisme est toujours à l'œuvre à l'heure actuelle, même si c'est dans une moindre mesure, probablement grâce à l'effet antipsychotique du neuroleptique. Ces limitations fonctionnelles peuvent lui poser des problèmes en cas de reprise d'activité car il est inévitable qu'elle soit exposée à des relations interpersonnelles susceptibles de raviver le vécu persécutoire. Pour cette raison, le psychiatre traitant, le Dr L_____, a recommandé que l'assurée n'exerce pas une activité impliquant de nombreux contacts interpersonnels, afin de limiter le risque de « réveiller » le

vécu persécutoire, car toute relation interne interpersonnelle est à risque chez l'expertisée.

En second lieu, l'expert mentionne les limitations fonctionnelles créées par les troubles cognitifs, ce que l'observation lors du stage aux EPI a objectivé, en remarquant un manque de concentration et d'organisation du travail. En cas de reprise d'activité, l'activité exercée devrait être simple, sans exigence élevée en termes de mémoire, d'attention, de concentration et de capacité d'apprentissage. De ce point de vue, l'activité d'horlogerie, minutieuse, serait peut-être trop exigeante pour les capacités de l'expertisée en matière d'attention et de concentration.

S'agissant de la capacité de travail et des différentes périodes concernées, l'expert les explique soigneusement ; la capacité de travail était nulle à partir de juin 2018 lors de l'épisode psychotique aigu, avec passage aux urgences psychiatriques, et début du suivi psychiatrique aux HUG, puis en privé. En novembre 2019, le Dr H_____ signale une amélioration partielle permettant une reprise d'activité à 50%, mais après le stage aux EPI en février 2020, l'expertisée ne reprend pas d'activité. En août 2021, intervient une nouvelle rechute qui conduit à une hospitalisation, incompatible avec toute activité. Depuis la sortie de Belle-Idée, en septembre 2021, une nouvelle amélioration partielle est relevée par le psychiatre traitant du CAPPI, mais il est probable que l'amélioration est en bonne partie due à l'administration intramusculaire du neuroleptique, permettant un effet sûr, introduite avec l'accord de l'expertisée à fin juillet 2023.

C'est sur ces observations que l'expert psychiatre s'est fondé pour établir les périodes de capacité de travail nulle et celles de capacité de travail à 50%.

Se prononçant sur la réadaptation, l'expert considère que l'assurée est jeune et que dans le passé, malgré sa pathologie, elle a pu exercer une activité lucrative dans une mesure limitée ; il lui semble donc raisonnable qu'on lui donne une chance de revenir partiellement dans la vie active en lui proposant une aide à la réinsertion tenant compte des limitations fonctionnelles mentionnées. Un bilan est indiqué à la fin de la mesure de réinsertion proposée, si celle-ci peut être mise en place.

L'expert s'est ensuite livré à une description au regard des indicateurs juridiques de gravité, dans le complexe d'atteinte à la santé, de la personnalité, du contexte social et la cohérence du point de vue du comportement.

Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés, et l'expert a expliqué, avec clarté, les limitations fonctionnelles liées aux troubles psychiques de l'assurée.

Il a également expliqué les raisons pour lesquelles il partageait ou se distançait de l'appréciation des médecins intervenus dans le dossier. Il a notamment mentionné que, contrairement à la position de l'OAI, le responsable des EPI semblait moins catégorique sur l'échec de la réadaptation et estimait que « l'assurée doit développer sa confiance en elle et rester positive car elle a toutes les capacités pour atteindre ses objectifs personnels. Rester proactif dans son apprentissage lui

permettra d'avoir une vision d'avenir » (rapport des EPI du 6 mars 2020, p. 6 *in fine*).

18.2 Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise présente une entière valeur probante. Les doutes exposés par la recourante, quant au début de l'invalidité, ne reposent sur aucun élément concret. Quant aux doutes exprimés par l'OAI sur la manière de déterminer la capacité de travail de 50% de l'assurée pendant certaines périodes, il ne s'agit que d'une appréciation différente de celle de l'expert, étant précisé que celui-ci a soigneusement mentionné les raisons pour lesquelles il avait retenu ces périodes en p. 12 et 13 du rapport d'expertise.

Les troubles psychiques dont souffre l'assurée sont sérieux et les limitations fonctionnelles relevées par l'expert représentent des obstacles réels pour exercer une activité lucrative. Néanmoins, il sied de considérer que l'assurée est jeune et motivée pour essayer de reprendre une activité lucrative, ainsi que pour bénéficier de mesures de formation professionnelle. L'expert K_____ partage cet avis et considère qu'il faut donner à l'assurée une chance supplémentaire de pouvoir se réadapter, mais dans un autre domaine que l'horlogerie, ce dernier n'étant pas compatible, de par ses exigences de minutie, avec les troubles de l'attention et de la concentration de l'assurée.

Le Dr H_____, médecin traitant qui suit l'assurée depuis plusieurs années, partage également cet avis.

À l'aune de ces différents éléments, la chambre de céans considère que l'OAI n'aurait pas dû se limiter à un seul essai de réadaptation dans le domaine de l'horlogerie, avant de décider d'octroyer une rente invalidité à l'assurée.

Comme le soutient la fondation recourante, rien ne permettait d'exclure une reconversion professionnelle dans une autre activité, peut-être moins complexe, et l'assurée réunissait toutes les conditions pour ce faire dès lors qu'elle était âgée de 33 ans seulement et très motivée (mémoire de recours, p. 9 et 10).

Dès lors, la décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour poursuivre l'instruction, et notamment mettre sur pied des mesures professionnelles en faveur de l'appelée en cause, avant de rendre une nouvelle décision.

- 19.** Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGa constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite, par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur les recommandations de son SMR ainsi que sur le rapport des EPI, mais n'a pas jugé utile d'ordonner une expertise, en dépit des appréciations différentes des médecins traitants de l'appelée en cause. Son instruction du cas s'est révélée lacunaire, raison pour laquelle les coûts de l'expertise judiciaire par CHF 4'575.-, selon la facture du 30 octobre 2023 du Dr K_____, seront mis à sa charge.

- 20.** La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]).
- 21.** Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un 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 du 24 novembre 2020 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 4'575.-, selon la facture du 30 octobre 2023 du docteur K_____, à la charge de l'intimé.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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