

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/127/2025

ATAS/656/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 septembre 2025**

**Chambre 10**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1967, au bénéfice d'une formation d'ingénieure informatique, complétée par un *Master of Business Administration* (ci-après : MBA) en management de projets obtenu en 2011 à l'Université de Genève, a travaillé en qualité de cheffe de projets à 100% à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019 pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur).

**b.** Le 14 janvier 2022, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assurée, mentionnant avoir été en incapacité totale de travail du 13 août au 6 septembre 2021 et être à nouveau à l'arrêt depuis le 20 septembre 2021 en raison d'un Covid long, d'un *burnout* et d'un syndrome de SAPHO (pour synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite), depuis le mois d'août 2021.

**c.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu de nombreux documents médicaux, émanant notamment du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie (rapports des 23 et 31 janvier, 8 mars, 2 mai 2022, 6 février 2023), du docteur D\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après ; HUG ; rapport du 7 avril 2022), de la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 19 avril 2022), de la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie (rapport des 31 mai, 12 juillet 2022, 16 février et 24 août 2023), de la docteure G\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG (rapports des 16 mai et 12 juin 2023), de la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 3 juillet 2023), ainsi que des rapports relatifs à des examens d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du thorax (rapports des 26 novembre 2021, 28 février 2022 et 4 mars 2024).

**d.** L'OAI a mis en place divers accompagnements personnalisés dans le cadre de l'intervention précoce, afin de favoriser le retour à l'emploi dans l'activité habituelle et aider l'assurée dans sa reprise, dont des cours de coaching personnalisé, entre les 15 août 2022 et 20 janvier 2023 (*cf.* communications des 12 septembre et 11 octobre 2022) et de coaching personnalisé en gestion du stress, du 23 janvier au 21 avril 2023 (*cf.* communication du 25 janvier 2023).

**e.** L'assurée a repris son poste à 50% le 12 septembre 2022, avant de présenter une nouvelle période d'incapacité totale de travail à partir du 11 janvier 2023.

Une nouvelle reprise a eu lieu le 22 mai 2023, à 30%, puis l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 30 septembre 2023.

**f.** Le 11 août 2023, l'OAI a clôturé le mandat d'intervention précoce et ouvert un mandat de réadaptation. Dans ce cadre, il a notamment octroyé à l'assurée une mesure d'entraînement progressif, du 18 septembre 2023 au 31 mars 2024, auprès d'Artaction, à 30% (*cf.* communication du 25 août 2023).

À partir du 20 novembre 2023, l'assurée a augmenté son taux à 40%, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, et l'OAI a prolongé la mesure d'entraînement progressif au taux de 50% (cf. communication du 22 mars 2024).

L'intéressée a été en arrêt maladie à 100% du 3 au 17 mai 2024, puis en vacances du 24 mai au 3 juin 2024.

Sur demande de sa psychiatre, qui avait préconisé un changement de lieu d'évaluation des compétences en raison d'une mésentente avec la responsable de l'équipe de service, l'OAI a octroyé une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif du 3 juin au 1<sup>er</sup> septembre 2024 auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), étant précisé que la mesure débiterait à 40% et que l'objectif était d'atteindre un taux de présence d'environ 50% avec le rendement associé (cf. communication du 29 mai 2024).

**g.** Dans un avis du 23 mai 2024, la docteure I\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a relevé l'absence de reprise d'activité à plus de deux ans du début de l'incapacité de travail et proposé une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et de psychiatrie.

**h.** Par courriels des 2 et 18 juillet 2024, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait consulté le centre du sommeil, où il lui avait été indiqué qu'elle avait 28 apnées du sommeil par heure, ce qui se situait dans la catégorie moyenne limite à sévère, qu'une nouvelle IRM était programmée au mois de septembre 2024, et qu'elle aurait un rendez-vous avec un neurologue au mois d'août 2024.

**i.** L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire confiée à SWISS EXPERTISES MÉDICALES Sàrl (ci-après : SEM), réalisée par les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport le 20 août 2024.

Au niveau rhumatologique, l'expert a retenu le diagnostic de SAPHO, trouble n'ayant aucun effet sur la capacité de travail de l'assurée. Cette dernière, à titre préventif, devait éviter la surcharge du rachis et donc les mouvements de flexion, extension et en porte-à-faux, le port de charge de plus de 10 kg, les montées et descentes des échelles ou des échafaudages, la marche sur des terrains accidentés, et devait alterner les positions à sa convenance (rapport p. 20 et 23).

L'expert psychiatrique n'a retenu aucun diagnostic ayant ou non une incidence sur la capacité de travail. La capacité de travail de l'expertisée avait vraisemblablement été partiellement affectée pendant quelques mois et qu'elle était vraisemblablement entière depuis au plus tard l'automne 2023.

**j.** Selon une note interne de l'OAI du 3 septembre 2024 relative à un entretien avec les EPI, l'assurée avait baissé son taux à 30% depuis le 1<sup>er</sup> août 2024 et effectuait deux heures le matin et deux heures l'après-midi. Elle aurait été affectée ces dernières semaines à l'atelier couture où les EPI avaient constaté une importante fatigue, beaucoup de douleurs (plaintes de l'assurée), un changement

de position fréquent, une labilité émotionnelle, une somnolence très présente, beaucoup de lenteur et d'erreurs dans les tâches rendues, et l'absence d'évolution même dans la répétition. Au vu de cette situation et de l'attente du positionnement du SMR concernant la situation de santé de l'assurée, il avait été proposé de prolonger la mesure de trois mois et d'affiner les objectifs avec les EPI.

**k.** L'OAI a prolongé la mesure d'entraînement progressif aux EPI, du 2 septembre au 1<sup>er</sup> décembre 2024 (cf. communication du 3 septembre 2024).

**l.** Par avis du 17 septembre 2024, la Dre I\_\_\_\_\_ a considéré, sur la base des conclusions des experts, que l'atteinte principale consistait en un syndrome de SAPHO incomplet et que l'assurée présentait un épisode dépressif moyen (F32.1) associé. Le syndrome de SAPHO incomplet était en rémission, tout comme l'épisode dépressif moyen. Elle a également relevé un status post-sarcoïdose pulmonaire il y a 20 ans et un status post-uvéite de l'œil gauche. Elle a fixé le début de l'incapacité durable de travail au 20 septembre 2021 et considéré que l'intéressée était apte à exercer toute activité, que ce soit sa fonction habituelle ou un métier adapté, depuis le mois de novembre 2023. À titre de limitations fonctionnelles, l'intéressée devait préférer une activité légère et sédentaire, sans sollicitations du rachis, sans port de charge de plus de 10 kg, sans travail en hauteur, sans marche en terrains accidentés, et permettant une alternance des positions.

**m.** Le 24 septembre 2024, l'OAI a reçu un rapport d'IRM de la colonne dorso-lombaire et sternale du 2 septembre 2024, ainsi qu'un rapport suite à une IRM cérébrale réalisée le 29 août 2024 en raison des plaintes cognitives signalées depuis 2021.

**n.** Le 1<sup>er</sup> octobre 2024, la division réadaptation de l'OAI a clôturé le mandat de réadaptation, au vu des conclusions du SMR.

**B. a.** En date du 3 octobre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande, dès lors que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le mois de novembre 2023.

**b.** Par courrier du 11 octobre, complété le 4 novembre 2024, l'assurée a contesté cette détermination, remettant en cause la validité de l'expertise. Sur le plan psychiatrique, elle a relevé des indications inexacts et des contradictions, et reproché à l'expert de n'avoir effectué aucun examen visant à objectiver ou exclure les atteintes dont elle se plaignait, notamment aucun test neuropsychologique. Elle avait par ailleurs débuté, en novembre 2023, un suivi auprès d'une psychothérapeute, L\_\_\_\_\_, en raison d'une péjoration de son état de santé psychique. Au niveau rhumatologique, l'expert n'avait procédé à aucun examen et s'était fondé sur une imagerie qui n'était plus d'actualité. En outre, le SMR n'avait pas tenu compte du diagnostic d'apnées du sommeil, retenu en août 2024, qui avait clairement un impact sur son état de santé avant l'appareillage mis en place. Par ailleurs, le service de neurologie des HUG avait confirmé qu'elle

présentait un trouble neurocognitif d'origine multifactorielle, et des tests neuropsychologiques étaient prévus dans ce contexte. Enfin, le dossier ne comportait pas le dernier rapport des EPI et son taux d'activité avait dû être baissé à cause de ses difficultés à assurer la présence convenue initialement. Dès lors, le projet de décision, intervenu avant même la fin de la mesure, apparaissait prématuré.

Elle a notamment produit :

- un résumé d'une polysomnographie rédigé le 2 août 2024 par le docteur M\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au service de pneumologie des HUG ;
- le rapport du 2 septembre 2024 relatif à l'IRM de la colonne dorso-lombaire et sternale ;
- les notes de suite de la Dre G\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2024 ;
- une attestation du 15 octobre 2024 de L\_\_\_\_\_, psychologue ;
- un rapport du 15 octobre 2024 du service de neurologie des HUG ;
- un rapport du 29 octobre 2024 de la Dre F\_\_\_\_\_.

**c.** Dans un avis du 27 novembre 2024, la Dre I\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur le contenu des rapports communiqués par la recourante et a indiqué que ses précédentes conclusions demeuraient valables.

**d.** Par décision du 28 novembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, rappelant qu'à l'issue du délai de carence, soit le 20 septembre 2022, celle-ci présentait une aptitude au placement et avait bénéficié de mesures d'intervention précoce dès cette date. Puis, dès le 18 septembre 2023, des mesures d'ordre professionnel avaient été mises en place. Par la suite, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail était de 100% dès le mois de novembre 2023. Partant, le droit à la rente n'était pas ouvert et d'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.

- C.** **a.** Par acte du 14 janvier 2025, l'assurée, représentée par une avocate, a introduit un recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la comparution personnelle des parties, à l'audition de plusieurs témoins et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire confiée à un psychiatre, un rhumatologue, un neurologue, un neuropsychologue et un pneumologue. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimé soit condamné à lui accorder ses prestations légales fondées sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2024.

La recourante a contesté la valeur probante de l'expertise, relevant des erreurs dans l'anamnèse et des incohérences dans le raisonnement de l'expert psychiatre, dont les considérations s'apparentaient plus à des préjugés qu'à une analyse

sérieuse, et dénotaient une forme de parti pris selon lequel ses plaintes cognitives étaient infondées. L'expert n'avait effectué aucun examen visant à objectiver ou à exclure ses atteintes, en particulier aucun examen neuropsychologique. Il avait retenu une amélioration de son état de santé en automne 2023, car elle avait pu renouveler une certification. Il n'avait toutefois pas pris la peine de se renseigner sur ce renouvellement, qui pouvait être validé en regardant ponctuellement, pendant trois ans, des vidéos et en écoutant des podcasts. Son état de santé s'était aggravé au mois de novembre 2023, puisqu'elle avait débuté, en plus de ses autres suivis, une psychothérapie hebdomadaire sans amélioration notable de son état de santé. Partant, la date retenue par l'expert psychiatre pour conclure à une amélioration de son état de santé était contredite par les faits objectifs, soit la nécessité, à l'époque, d'ajouter un suivi psychologique hebdomadaire et d'augmenter le traitement pharmacologique. En outre, quatre mois plus tard, la mesure proposée par l'intimé auprès de N\_\_\_\_\_ avait pris fin, car elle n'arrivait pas à suivre le travail qui lui était demandé et à atteindre des objectifs raisonnables.

L'expert rhumatologue n'avait procédé à aucun examen et s'était fondé sur une imagerie qui n'était plus d'actualité. L'IRM du 2 septembre 2024 avait témoigné que son atteinte inflammatoire était en augmentation et mis en évidence une discopathie en L4-L5 absente en mars 2024. Enfin, les douleurs qu'elle avait ressenties durant les rendez-vous d'expertise et exprimées auprès des experts ne ressortaient absolument pas de leur rapport.

En outre, elle avait consulté le service de pneumologie des HUG en raison de ses troubles du sommeil, en juillet 2024, et des apnées du sommeil avaient été retenues, avec un impact sur l'architecture de son sommeil. Malgré l'appareillage, ce diagnostic avait un impact important sur son état de fatigue, ses troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Ces troubles neurocognitifs étaient en cours d'investigation, mais il était patent qu'ils avaient un impact sur sa capacité de travail. Son état de santé n'était pas stabilisé et elle attendait des examens neuropsychologiques, de sorte que l'intimé devait reprendre l'instruction médicale du dossier.

Au regard de ses multiples atteintes psychiatriques, rhumatologiques, neurologiques et pneumologiques, elle ne disposait d'aucune capacité de travail. Cet état lui avait valu de séjourner à la Clinique de Crans-Montana, où des médecins avaient confirmé que son état de santé nécessitait la mise en place de traitements pharmacologique et physiothérapeutique, mais également d'une aide à domicile, ce qui permettait de confirmer que l'impact de ses atteintes s'étendait dans tous les domaines de sa vie.

La recourante a notamment produit :

- un rapport du 3 octobre 2024 de la docteure O\_\_\_\_\_, médecin au service de neurologie des HUG ;

- un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ suite au contrôle du 25 octobre 2024 ;
- un courriel du 17 novembre 2023 relatif au renouvellement de sa certification ;
- un certificat de la clinique de Crans-Montana du 28 décembre 2024, mentionnant qu'elle y avait séjourné du 26 novembre au 30 décembre 2024, avec les prescriptions remises à la sortie.

**b.** Dans sa réponse du 11 février 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant notamment que, d'un point de vue psychiatrique, l'expert n'avait pas retenu de psychopathologie incapacitante et avait noté une discordance entre les plaintes de la recourante et la normalité du status psychiatrique, avec une tendance à l'amplification. L'intéressée ne présentait pas de limitations uniformes dans son fonctionnement quotidien, ses déplacements ou ses activités de loisirs. Elle disposait de ressources mobilisables et de bonnes compétences professionnelles, permettant de retenir une pleine capacité de travail dans toute activité, depuis au plus tard le mois de novembre 2023, date à laquelle elle avait repris ses activités sociales, voyages, parallèlement aux mesures de réadaptation. Toutes les conditions étaient réunies pour reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise. Il ne ressortait pas des griefs de la recourante d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause ladite valeur du rapport d'expertise, ni de l'appréciation du SMR sur les rapports médicaux complémentaires produits postérieurement à ladite expertise.

L'intimé a joint un avis du 11 février 2025 de la Dre I\_\_\_\_\_, laquelle a maintenu ses conclusions, après avoir pris position sur les nouvelles pièces soumises à son appréciation.

**c.** Dans sa réplique du 22 avril 2025, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. L'absence de tout diagnostic psychiatrique tel que retenu par l'expert psychiatre était invraisemblable et contraire à l'avis formulé de manière détaillée par la Dre F\_\_\_\_\_, mais également par les constats des médecins de la clinique de Montana, lesquels n'avaient pas de suivi thérapeutique usuelle avec elle. L'expertise psychiatrique ne reposait clairement pas sur des examens complets, puisque les atteintes cognitives étaient niées sans l'appui du moindre examen objectif. Or, il ressortait d'un examen neuropsychologique intervenu en novembre 2024 qu'elle présentait un ralentissement des vitesses de traitement et des troubles attentionnels, impactant de nombreuses épreuves, avec notamment un déficit de la mémoire de travail et de la mémoire visuelle. Sa situation n'était pas stabilisée, comme relevé à la consultation médicale cognitive et neurocomportementale des HUG où il avait notamment été jugé que la poursuite de la prise en charge psychiatrique était primordiale. La Dre F\_\_\_\_\_ avait contesté l'existence d'une pleine capacité de travail retenue par l'expert psychiatre. Enfin, ni l'expertise psychiatrique, ni l'expertise rhumatologique, ni le SMR ne se prononçait sur la fatigue chronique invalidante multifactorielle qui s'ajoutait aux troubles mnésiques invalidants, comme expliqué par la

Dre G\_\_\_\_\_. L'expertise n'était donc pas complète. Au regard des éléments objectivement vérifiables, tels que ses atteintes cognitives objectivées dans le cadre d'un suivi neurologique, la valeur probante de l'expertise devait être niée. Dans la mesure où à tout le moins le volet psychiatrique de l'expertise ne pouvait pas se voir reconnaître une pleine valeur probante, et dans la mesure où ses troubles cognitifs n'avaient pas été instruits par les experts ou le SMR, elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique, neurologique et neuropsychologique.

L'intéressée a produit :

- un rapport du 24 juin 2024 de la Dre G\_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 16 janvier 2025 du docteur P\_\_\_\_\_, médecin responsable d'unité à la consultation médicale cognitive et neurocomportementale des HUG ;
- la lettre de sortie des soins de réadaptation psychosomatique du 22 janvier 2025 ;
- un rapport du 25 mars 2025 de consultation COVID long ;
- un rapport de la Dre F\_\_\_\_\_ du 10 avril 2025.

**d.** Dans sa duplique du 19 mai 2025, l'intimé a également maintenu ses conclusions.

Il a annexé un rapport du 13 mai 2025 de la Dre I\_\_\_\_\_, maintenant ses précédentes conclusions après analyse des dernières pièces produites.

**e.** Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 20 mai 2025.

**f.** Le 20 août 2025, la recourante a produit un rapport du 4 juillet 2025 de la consultation de pneumologie ambulatoire suite à une consultation du 4 juillet 2024 motivée par une bronchiectasie.

**g.** Après envoi de ce document à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

**1.2** 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.

**1.3** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 28 novembre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**3.2** En l'occurrence, la demande de prestations ayant été déposée en janvier 2022, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt après l'entrée en vigueur des modifications précitées, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**4.** Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : 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 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées (al. 1<sup>bis</sup>).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.1** 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 ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). 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\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais

également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

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).

**4.2** Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], *ad* art. 49 al. 1<sup>bis</sup>, p. 60).

**4.3** Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des

examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation 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. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C\_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le

juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

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 n. 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 distincte. 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 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

6. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

De jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence).

7. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des avis du SMR, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du 20 août 2024, que la recourante disposait d'une entière capacité de travail dans toute activité, dès le mois de novembre 2023, date retenue pour fixer le début de l'aptitude à la réadaptation.

La recourante conteste cette appréciation et se réfère aux évaluations de ses médecins traitants.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du SEM.

**7.1** La chambre de céans observe d'emblée que l'« évaluation interdisciplinaire » des experts (rapport p. 19 à 26) n'en est pas véritablement une, puisque chacun d'eux y a simplement résumé son propre rapport. Les deux spécialistes ont admis que l'état de santé avait eu une influence sur la capacité de travail de la recourante qui avait évolué favorablement, depuis 2022 sur le plan rhumatologique et depuis au plus tard l'automne 2023 au plan psychiatrique (rapport p. 26), sans discuter l'interaction et l'influence des troubles somatiques sur l'état de santé psychique, respectivement du trouble dépressif sur le SAPHO. Compte tenu de ces diagnostics et des plaintes alléguées, notamment des douleurs, de la fatigue et des troubles des fonctions cognitives, une évaluation consensuelle s'avérait indispensable. À cet égard, il est rappelé que de nombreux médecins ont relevé l'interaction entre les différentes atteintes présentées par la recourante. À titre d'exemples, la Dre O\_\_\_\_\_ a noté que le trouble anxio-dépressif, la consommation de psychotropes, le syndrome douloureux chronique et les apnées du sommeil contribuaient au trouble neurocognitif mineur non amnésique touchant les domaines exécutif et attention (*cf.* rapport du 3 octobre 2024). La Dre G\_\_\_\_\_ a indiqué que les accès douloureux épisodiques étaient possiblement dus à une activité résiduelle de la maladie de SAPHO, ou plus probablement un abaissement du seuil douloureux dans le contexte anxio-dépressif (*cf.* rapports des 16 mai 2023 et 24 juin 2024). Le Dr P\_\_\_\_\_ a considéré que le ralentissement des vitesses de traitement et les troubles attentionnels, impactant de nombreuses épreuves, avec notamment un déficit de la mémoire de travail et de la mémoire visuelle, pouvaient être influencés par l'état

psychiatrique, relevant également la contribution du syndrome des apnées du sommeil, du syndrome douloureux chronique et d'un possible COVID long (cf. rapport du 16 janvier 2025). La Dre F\_\_\_\_\_ a constaté, dans tous ses rapports très détaillés, l'interaction entre les douleurs liées au diagnostic somatique et la symptomatologie psychiatrique. Dans son dernier rapport, elle a réservé son pronostic compte tenu justement de la combinaison des différents problèmes (cf. rapport du 10 avril 2025).

La chambre de céans relèvera en outre une discordance dans l'appréciation des experts sur certains points. Ainsi, s'agissant des ressources, le rhumatologue a considéré que l'expertisée avait « très peu de soutien et pas d'entourage en Suisse » (rapport p. 22 et 39), qu'elle était « toute seule », bénéficiant de « peu de soutien de la part de ses amis » (rapport p. 28), d'aucune aide dans la gestion de sa maladie (rapport p. 29), alors que le psychiatre a estimé qu'elle bénéficiait du soutien de son frère de cœur, d'amis, de sa famille et de son réseau de soins (rapport p. 22, 56 et 60). Au niveau de la cohérence, si le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que les symptômes paraissaient cohérents et plausibles, qu'il n'y avait pas d'information divergente au dossier (rapport p. 20, 40), le Dr J\_\_\_\_\_ a jugé, pour sa part, que la plupart des plaintes de la recourante étaient incohérentes et non plausibles au vu des activités décrites (rapport p. 21), et a retenu une amplification du comportement face à la maladie (rapport p. 56). Ces divergences d'appréciation auraient mérité une explication des experts.

**7.2** Au niveau psychiatrique, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic et a considéré que la capacité de travail de l'expertisée avait vraisemblablement été partiellement affectée pendant quelques mois et qu'elle était vraisemblablement entière depuis au plus tard l'automne 2023.

L'expert a relevé que son examen clinique était strictement normal (rapport p. 20), qu'il n'avait pas retrouvé de symptômes dépressifs notables et significatifs chez une assurée autonome pour les activités élémentaires de la vie quotidienne, prenant du plaisir à de nombreuses activités distractives, allant même jusqu'à aider son frère de cœur à l'automne 2023 pour le rangement et le ménage, prenant des cours de « bio danse » et projetant d'en donner, et qui avait pu renouveler la certification PMI ACP en 2023. Ceci n'était pas en cohérence avec la présence de troubles de l'attention ou de la mémoire notables et l'épisode dépressif était vraisemblablement entré en rémission quelques mois après la mise en place du traitement par Exeфор, lequel n'avait pas été modifié pendant de longs mois (rapport p. 57). Aucune pathologie psychiatrique caractérisée active n'avait pu être mise en évidence lors de son examen et les troubles dépressifs décrits étaient en rémission complète (rapport p. 58).

**7.2.1** S'agissant de l'examen clinique, l'expert a constaté, au status psychiatrique, que l'intéressée présentait une humeur « mobile et souple », neutre la majeure partie de l'entretien, sans tristesse durable. Elle avait souri à certains moments, ri, et avait eu les larmes aux yeux à trois ou quatre reprises. Il n'y avait pas eu de

ralentissement psychomoteur, d'agitation psychomotrice, de trouble de la concentration ou de l'attention. Les réponses étaient claires, cohérentes, détaillées et argumentées, les repères temporels étaient préservés. L'intéressée se plaignait de trous de mémoire et disait avoir du mal à se rappeler certaines choses, mais de manière vague et imprécise. Elle se plaignait parfois d'oublier des informations simples, mais elle était capable de donner des repères précis. Le récit de vie était chronologique, détaillé, précis et structuré. Il n'était pas observé de signes de fatigue ou de fatigabilité, de fléchissement attentionnel, de signe de somnolence (rapport p. 53).

La chambre de céans relève que l'expert n'a pas énuméré les critères diagnostiques de l'épisode dépressif moyen (F32.1 selon la CIM-10), ni passé en revue les différents symptômes. Il n'a pas spécifiquement interrogé la recourante sur les éléments pertinents. Il n'a pas non plus recouru aux échelles ou questionnaires d'auto-évaluation usuellement utilisés pour poser un tel diagnostic et se prononcer sur l'intensité des symptômes. Ses conclusions reposent donc essentiellement sur son unique examen clinique et son appréciation de l'anamnèse et des déclarations de la recourante.

Or, le discours de l'intéressée semblait suggérer la réalisation de plusieurs critères du diagnostic d'épisode dépressif moyen. Ainsi, la recourante a allégué souffrir d'une fatigue importante, puisqu'elle s'est plainte d'une « énorme fatigue », d'un épuisement aléatoire « presque tout le temps » (rapport p. 44), que certains jours, elle se « réveille plus fatiguée qu'avant de dormir » (rapport p. 49), que « souvent, elle est complètement fatiguée » après sa matinée aux EPI (rapport p. 50). Elle a aussi fait état de troubles du sommeil, qualifiant ce dernier de « pas très reposant » (rapport p. 49), ainsi que d'une tristesse qui était « toujours là », que c'était parfois « hyper fort et parfois à l'intérieur d'elle comme quelqu'un qui pleure », qu'elle avait des angoisses (rapport p. 49). La recourante a rapporté de « gros problèmes » d'attention et de mémoire (rapport p. 44). Ses déclarations suggèrent également des idées de culpabilité ou de dévalorisation, ainsi qu'une diminution de l'estime de soi et de la confiance. En effet, elle a notamment expliqué qu'elle n'avait plus de femme de ménage car « elle n'était pas bien sur le fait de dormir et que quelqu'un travaille chez elle (rapport p. 44), qu'elle culpabilisait car elle allait faire de la peinture (rapport p. 52), qu'elle avait toujours travaillé « pour être libre », raison pour laquelle elle n'avait pas envie « d'aller à l'AI » (rapport p. 45), étant encore précisé que le travail était une « valeur importante dans la famille » (rapport p. 47). Elle a dit à l'expert qu'elle se sentait « usée » (rapport p. 44), ce qui parle en faveur d'une réduction de l'énergie et d'une diminution de l'activité, étant rappelé que la recourante, qui avait précédemment exercé la fonction de cheffe de projets à 100%, avait à l'époque de l'expertise une activité à temps partiel aux EPI, sans parvenir à atteindre l'objectif d'un taux de présence d'environ 50%.

Compte tenu de ces divers éléments, l'expert ne pouvait pas exclure le diagnostic d'épisode dépressif moyen au motif que l'intéressée rapportait plusieurs activités de loisirs. Il lui incombait d'examiner de manière approfondie les critères pertinents et d'indiquer, motivation à l'appui, ceux qui pouvaient être retenus et ceux qui devaient au contraire être écartés. Cette analyse s'imposait d'autant plus que les rapports de la Dre F\_\_\_\_\_ étaient très complets, comprenant une description précise et étayée de la symptomatologie présentée. En outre, la plupart des médecins somaticiens ayant examiné la recourante avaient estimé qu'elle présentait un trouble psychique (cf. rapports du 7 avril 2022 du Dr D\_\_\_\_\_ mentionnant un « probable épisode dépressif », du 19 avril 2022 de la Dre E\_\_\_\_\_ relatant un « état dépressif sévère », du 2 mai 2022 du Dr C\_\_\_\_\_ signalant une « dépression psychique », du 16 mai 2023 de la Dre G\_\_\_\_\_ faisant état d'un « contexte anxio-dépressif », du 3 juillet 2023 de la Dre H\_\_\_\_\_ notant un « état dépressif réactionnel »).

**7.2.2** L'expert a écarté les plaintes cognitives de la recourante, jugées vagues et imprécises (rapport p. 53), en se fondant sur le status clinique lors de son unique entretien personnel et sur son évaluation des activités décrites par la recourante. Il a également considéré que la présence de troubles de l'attention ou de la mémoire « notables » n'étaient pas en cohérence avec le fait que l'intéressée était « autonome pour les activités élémentaires de la vie quotidienne, prenait du plaisir à de nombreuses activités distractives, était même allée aider son frère de cœur à l'autonomie 2023 pour le rangement et le ménage, prenait des cours de « bio danse » et projetait d'en donner, et qui avait pu renouveler la certification PMI ACP en 2023 » (rapport p. 57). Cependant, seul ce dernier élément revêt une certaine pertinence pour évaluer d'éventuels troubles cognitifs et mnésiques. Or, selon les explications de la recourante, le processus de renouvellement de cette certification consistait en une simple formalité, sans exigence particulière.

Plus loin dans son rapport, l'expert a ajouté que les plaintes mnésiques n'étaient pas cohérentes avec les activités de lecture sur des sujets nécessitant de la concentration et de l'attention (sociologie, immigration et histoire de l'Algérie), la conduite de sa propre voiture et la prise de transports publics. Il a noté qu'une atteinte sur le plan cognitif « de cette ampleur » s'accompagnait forcément d'atteinte des autres secteurs de la vie, que ce soit le secteur du plaisir, la capacité à se déplacer, s'occuper de son intérieur, de ses chats, de ses plantes, étant encore relevé que l'intéressée avait pris de nombreux cours de « bio danse », s'inscrivait pour un stage en été et envisageait même de donner des cours dans son village (rapport p. 58). La chambre de céans observe toutefois que la référence à l'« ampleur » des plaintes est difficilement compréhensible, l'expert n'ayant pas pris le soin de les décrire dans son rapport. En outre, la recourante ne semble pas avoir été rigoureusement interrogée sur celles-ci. À titre d'exemple, il a écrit que l'intéressée était aux EPI depuis peu et en profitait « pour rattraper ses tâches administratives », qu'elle avait « parfois payé en double, parfois avec du retard »,

(rapport p. 44), sans mentionner qu'il aurait demandé à l'intéressée des précisions, en vain. Il n'est donc pas possible, à la lecture du rapport, d'imputer à la recourante les approximations des plaintes retenues par le Dr J\_\_\_\_\_. L'intéressée a également expliqué avoir mis en place des stratégies d'adaptation, en utilisant un agenda, en mettant des « relances pour les factures », en établissant des listes de tâches (rapport p. 45), ce qui vient corroborer ses plaintes, étant rappelé qu'elle était alors uniquement occupée à temps partiel aux EPI et que ses seuls autres engagements étaient ses rendez-vous médicaux. Il a déduit des lectures de la recourante que celles-ci requéraient de la concentration et l'attention, sans avoir interrogé l'intéressée sur les ouvrages, ses connaissances en la matière ou encore son rythme de lecture. Pour le reste, que la recourante s'occupe de ses plantes et de ses chats, ou encore qu'elle participe à des cours de danse, ou soit en mesure de tenir son ménage et de se déplacer en transports publics, ne paraît nullement incompatible avec la présence de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire. S'agissant de la conduite, il sera observé que la Dre H\_\_\_\_\_ a expressément émis des doutes quant à la capacité de conduire de l'intéressée, en raison précisément des troubles de l'attention et de la concentration (*cf.* rapport du 3 juillet 2023), et que la Dre F\_\_\_\_\_ a relaté qu'il était arrivé à la patiente de rater plusieurs fois un feu rouge lorsqu'elle conduisait une voiture et d'avoir oublié son chariot de courses à côté de la voiture et eu un accident (*cf.* rapport du 24 août 2023).

Il sera rappelé que la Dre F\_\_\_\_\_ a continuellement rapporté des plaintes mnésiques et cognitives, depuis le début de sa prise en charge. Elle a indiqué que la patiente relatait de plus en plus de difficultés à accomplir ses activités quotidiennes habituelles, en raison des troubles de la mémoire et de la concentration, et qu'elle était dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle, qui exigeait de la mémoire, de l'attention et une capacité de jugement (*cf.* rapport du 12 juillet 2022). Elle a constaté une amélioration de certains symptômes à compter du mois d'avril 2022, notamment de la thymie, et la disparation des idées noires, mais a souligné la persistance des troubles des fonctions supérieures (*cf.* rapport du 16 février 2023). Dans son dernier rapport à disposition de l'expert, elle a signalé que les capacités de mémoire et de concentration demeuraient perturbées, illustrant ses propos de plusieurs exemples. Ainsi, il arrivait à la patiente de rater plusieurs fois un feu rouge, de perdre des objets comme son téléphone portable, elle avait oublié son chariot de courses à côté de la voiture, ne retenait pas ce qu'on lui disait ou ne comprenait pas bien, se sentait rabaissée car elle ne pouvait reformuler précisément les dires d'une personne tierce. Elle était effrayée par ses oublis et sa distraction. La psychiatre a constaté que la patiente était ralentie dans l'expression verbale, avait de la peine à communiquer, car elle partait dans des détails et perdait le fil de son récit. Elle avait un aspect épuisé et bradypsychique bien qu'avec toute sa capacité de raisonnement (*cf.* rapport du 24 août 2023). La Dre H\_\_\_\_\_ a constaté un ralentissement psychomoteur marqué, ainsi que de nombreuses digressions lors de

l'anamnèse (*cf.* rapport du 3 juillet 2023) et la Dre G \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que la recourante était limitée en raison de ses troubles mnésiques et était incapable de gérer une situation stressante (*cf.* rapports des 16 mai et 12 juin 2023).

Compte tenu des doléances de l'expertisée et des constatations objectives d'autres médecins, l'expert aurait dû recourir à des tests neuropsychologiques. C'est surtout le lieu de souligner que les investigations neurologiques réalisées à peine deux mois après l'expertise ont révélé que la recourante souffrait d'un trouble neurocognitif mineur non amnésique touchant les domaines exécutif et de l'attention, d'origine multifactorielle, puisqu'y contribuaient le trouble anxio-dépressif, la consommation de psychotropes, le syndrome douloureux chronique, le SAOS, ainsi qu'une possible implication du Covid long (*cf.* rapport du 3 octobre 2024 de la Dre O \_\_\_\_\_). Le bilan neuropsychologique réalisé le 18 novembre 2024, soit avant le prononcé de la décision litigieuse, a montré un ralentissement des vitesses de traitement et des troubles attentionnels, impactant de nombreuses épreuves, avec notamment un déficit de la mémoire de travail et de la mémoire visuelle. Il a été considéré que ces résultats pourraient être influencés par l'état psychiatrique (affects dépressifs sévères accompagnés d'idées suicidaires, d'anxiété marquée d'une fatigabilité importante). La patiente était encouragée à suivre les conseils donnés par les neuropsychologues pour tenter de mieux gérer ses difficultés attentionnelles, par exemple en effectuant de courtes pauses fréquentes, en alternant les tâches monotones avec les tâches simultanées, en se concentrant sur une seule tâche à la fois (*cf.* rapport du 16 janvier 2025 du Dr P \_\_\_\_\_). Ces rapports mettent donc à mal les conclusions du Dr J \_\_\_\_\_.

**7.2.3** L'expert a expliqué que le maintien du même antidépresseur depuis pratiquement deux ans n'était pas en cohérence avec le traitement d'un épisode dépressif résistant. En effet, la Société suisse de psychiatrie préconisait, devant un épisode dépressif moyen ou sévère résistant à un antidépresseur à dose maximale après deux à trois mois, de changer de traitement antidépresseur pour un antidépresseur ayant des modalités d'action différente au niveau du système nerveux central et, en cas de deuxième échec, d'associer deux antidépresseurs ayant des modalités d'action différente au niveau du système nerveux central.

La chambre de céans observe que cette appréciation du traitement repose exclusivement sur les recommandations théoriques de la Société suisse de psychiatrie, sans que l'expert n'ait analysé et discuté les adaptations du traitement effectivement administré à la recourante et sans qu'il ait jugé opportun de s'entretenir à ce sujet avec la Dre F \_\_\_\_\_, dont le dernier rapport en sa possession remontait au 24 août 2023 (*cf.* rapport p. 13).

Elle relève notamment que l'Efexor a été introduit en avril 2022, avec une augmentation progressive des doses, ce qui a permis de vérifier la tolérance de la patiente (*cf.* rapport de la Dre F \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2024). Si la posologie de ce médicament est restée identique depuis le mois de juillet 2022 (*cf.* rapports de la

Dre F\_\_\_\_\_ des 12 juillet 2022, 16 février et 24 août 2023, 29 octobre 2024), il sied toutefois de souligner que le Wellbutrin, qui est un antidépresseur indiqué en cas de dépression (cf. <https://compendium.ch/fr/product/1075670-wellbutrin-xr-cpr-ret-150-mgun>), a été introduit à la fin de l'année 2023. En outre, la prescription de Xanax, anxiolytique prescrit notamment en cas d'états anxieux avec dépression (cf. <https://compendium.ch/product/22005-xanax-cpr-1-mg/mpro.ch>), a été adaptée, puisqu'elle a été provisoirement interrompue, avant d'être à nouveau ordonnée (cf. rapports de la Dre F\_\_\_\_\_ des 12 juillet 2022, 16 février et 24 août 2023, 29 octobre 2024). Dans son rapport produit ultérieurement, la psychiatre traitante a expliqué, entre autres, que le traitement anxiolytique avait été arrêté afin d'empêcher une péjoration des troubles de la mémoire dont souffrait déjà la patiente, et que le maintien de la perturbation des capacités intellectuelles avait motivé le traitement de Wellbutrin, 150 mg au début puis 300 mg (cf. rapport du 10 avril 2025). De surcroît, la recourante a commencé un suivi psychologique hebdomadaire régulier au mois de novembre 2023, en sus de ses entretiens avec sa psychiatre traitante à raison d'une séance toutes les deux à trois semaines, sans amélioration notable de son état de santé (cf. rapport de la Dre F\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2024 et attestation du 15 octobre 2024 de L\_\_\_\_\_).

Partant, la reprise du traitement anxiolytique en août 2023 et l'adjonction d'un deuxième antidépresseur au mois de novembre 2023, accompagné du renforcement du suivi psychothérapeutique, parlent très clairement en défaveur d'une « rémission quelques mois après la mise en place du traitement par Exefor », soit en seconde partie de l'année 2022, comme retenu par l'expert.

Les conclusions que tire le Dr J\_\_\_\_\_ du traitement médicamenteux ne sont donc pas convaincantes et ne permettent pas non plus d'écarter le diagnostic psychiatrique posé et confirmé à maintes reprises par la Dre F\_\_\_\_\_.

**7.2.4** Concernant l'évaluation de la capacité de travail, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, qui a estimé que ladite capacité était entière depuis l'automne 2023, sont en totale contradiction avec celles de la psychiatre traitante, qui a dûment motivé son appréciation dans ses différents rapports.

La Dre F\_\_\_\_\_ a notamment rappelé que la recourante avait débuté sa mesure de réintégration professionnelle à 30% et qu'une augmentation progressive à 50% avait été prévue. Elle a toutefois expliqué que la patiente s'était sentie à nouveau abattue en novembre 2023 et avait alors commencé un suivi régulier avec L\_\_\_\_\_. Au début de l'année 2024, la relation avec sa responsable s'était dégradée, car elle avait des résultats professionnels médiocres, voir inutilisables, était envahie par un intense stress et rencontrait des difficultés de communication avec le reste de l'équipe. Cela avait empiré son état psychique et une recherche de solution avec été investie par la direction et la recourante, avec un résultat médiocre, voire inexistant, car les problèmes d'attention et de mémoire étaient trop élevés. Compte tenu de sa lenteur et de sa fragilité, elle ne pouvait plus

supporter les délais et avait commencé à présenter des idées noires. D'un commun accord, elle avait pris des jours de repos et passé ses journées à dormir, puis avait commencé une mesure aux EPI à 40%. Elle avait toutefois de nouveau ressenti les mêmes symptômes, avec de la fatigue, une lenteur dans l'exécution de ses mandats et un brouillard cérébral : physiquement et psychologiquement, elle était épuisée (cf. rapport du 29 octobre 2024).

Ces constatations sont corroborées par l'évaluation des EPI, où ont notamment été relevées une certaine lenteur, des erreurs dans les tâches rendues, et l'absence d'évolution même dans la répétition, et ce alors que le taux de présence avait été réduit à 30% depuis le 1<sup>er</sup> août 2024 et l'horaire de travail adapté pour permettre à la recourante de se reposer entre ses activités du matin et celles de l'après-midi (cf. note de l'intimé du 3 septembre 2024).

**7.2.5** Enfin, les rapports de la Clinique de Crans-Montana, établis postérieurement à la décision litigieuse du 28 novembre 2024 mais portant sur l'état de santé de la recourante durant son séjour, soit dès le 26 novembre, viennent également contredire l'évaluation de l'expert psychiatre.

Il ressort en effet de ces documents que la recourante a été hospitalisée en raison de ses troubles psychiques et que le diagnostic principal retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et les comorbidités comprenaient un trouble neurocognitif mineur non amnésique et une fatigue chronique (cf. rapport du 28 décembre 2024 et lettre de sortie du 22 janvier 2025 de la Dre Q\_\_\_\_\_).

De même, les examens passés à la consultation COVID long permettent de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert, puisqu'ils ont révélé des « scores HADS », parlant en faveur d'un trouble anxio-dépressif important, et rappelé que la patiente était suivie depuis plusieurs années pour ce trouble (cf. rapport du 25 mars 2025).

En outre, la Dre F\_\_\_\_\_ a constaté une péjoration de l'état de santé de sa patiente, malgré une bonne observance thérapeutique, et attesté d'une incapacité totale de travail dès le 7 octobre 2024. Elle a notamment rapporté que la recourante ne parvenait plus à sortir, hormis pour les rendez-vous médicaux ou administratifs obligatoires, se sentait anxieuse à l'idée d'entrer en contact avec les autres, ne se sentait pas capable de résoudre le moindre problème. Elle relatait, entre autres, un fort sentiment d'usure, un épuisement, dormait mal, se sentait triste, avec des idées noires. Au status, la psychiatre traitante a relevé que la patiente évoquait de grandes difficultés de concentration et de ses capacités intellectuelles, se sentait dépassée par les nombreux et différents problèmes de santé somatiques, évoquait une baisse de sa mémoire de plus en plus défaillante, avait du mal à fixer son attention, manquait de concentration, était très inattentive, rencontrait des difficultés à se projeter dans son avenir en raison de ses problèmes de santé. Elle présentait un tableau clinique d'anhédonie, de tristesse, de perte de

l'élan vital, ressentait une grande fatigue pendant la journée et une symptomatologie migraineuse, des troubles du sommeil et une rumination autour de ses préoccupations actuelles (*cf.* rapport du 29 octobre 2024).

Au vu de ces rapports circonstanciés, des différents troubles somatiques objectivés, ou encore de l'origine multifactorielle des troubles cognitifs, l'appréciation du SMR, selon laquelle ces documents ne renseigneraient qu'une aggravation « transitoire » de la symptomatologie anxio-dépressive, réactionnelle au parcours asséurologique complexe, sans modification des diagnostics médicaux, des limitations fonctionnelles, du traitement pharmacologique, sans aggravation durable des atteintes connues, ne saurait être suivie (*cf.* avis du 13 mai 2025).

**7.2.6** Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

**7.3** Sur le plan somatique, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de SAPHO et considéré que ce trouble n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante, laquelle devait, à titre préventif, éviter la surcharge du rachis et donc les mouvements de flexion, extension et en porte-à-faux, le port de charge de plus de 10 kg, les montées et descentes des échelles ou des échafaudages, la marche sur des terrains accidentés, et devait alterner les positions à sa convenance (rapport p. 20 et 23).

L'expert a notamment rapporté que l'intéressée décrivait que son état rhumatologique s'était nettement amélioré depuis la mise sous Hyrimoz et Arava, et rappelé que le pronostic avait été plutôt bon, après un traitement associant initialement des anti-inflammatoires non-stéroïdiens puis des immunosuppresseurs types Humera, associés à la Salazopyrine, puis à l'Arava, qui avaient ensuite été associés aux traitements par Hyrimoz, depuis avril 2022. Il a souligné que le rhumatologue traitant avait évoqué une capacité de travail de 100% dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> mai 2022, avec un risque de rechute douloureuse inflammatoire, et considéré que la capacité de travail avait évolué de façon favorable et était de 100% depuis 2022, date à laquelle le résultat était « très satisfaisant selon le Dr C\_\_\_\_\_ », qui attestait d'une capacité de travail de 100%. L'assurée était apte à assumer une présence de 8h30 par jour dans l'activité exercée en dernier lieu.

**7.3.1** Le Dr K\_\_\_\_\_ a ainsi admis le diagnostic de SAPHO incomplet, mais considéré qu'il n'y avait pas de critère actif.

À cet égard, il s'est référé aux critères des rhumatismes inflammatoires (EULAR 2017), qu'il n'a cependant ni énumérés, ni analysés (rapport p. 34), si bien que l'examen du bien-fondé de ses conclusions n'est pas possible, ce d'autant plus qu'il n'a pas non plus commenté les résultats des examens de laboratoires sollicités dans le cadre de l'expertise.

De plus, la chambre de céans remarquera que l'expert n'a pas demandé d'exams complémentaires, car la dernière IRM datait d'avril 2024 et une prochaine imagerie serait réalisée en septembre 2024. Il aurait pourtant paru judicieux d'attendre le résultat de cet examen, effectué deux semaines après la rédaction du rapport d'expertise, compte tenu du fait que l'imagerie fait partie des critères pertinents.

De même, il est étonnant que l'expert n'ait pas contacté la rhumatologue traitante, dont le dernier rapport au dossier datait de plus d'une année, et faisait certes état d'une évolution « généralement favorable », mais également « chronique », avec un pronostic réservé (*cf.* rapport du 12 juin 2023). Dans son précédent rapport, la Dre G\_\_\_\_\_ avait estimé qu'il n'y avait pas de signe clinique « évident » d'activité du SAPHO au plan articulaire, mais relevé que l'IRM thoracique réalisée en avril 2023 parlait en faveur d'une « progression » de la maladie rhumatologique, comparativement à l'examen précédent d'août 2022, et que le dernier bilan sanguin du 22 mars 2023 avait fait état d'un « syndrome inflammatoire » persistant, bien qu'en baisse comparativement à 2021 (*cf.* rapport du 16 mai 2023).

L'IRM de septembre 2024 a montré que l'atteinte inflammatoire chondro-sternale et vertébrale dorsale basse était en augmentation par rapport à l'examen du 4 mars 2024, bien que n'atteignant pas l'intensité d'ostéites des comparatifs de 2023 (*cf.* rapport d'IRM du 2 septembre 2024) et la Dre G\_\_\_\_\_ a attesté que le diagnostic de SAPHO était actif. Elle a par conséquent à nouveau introduit un traitement de Zolédronate, avec la poursuite du Hyrimoz et du Léflunomide (*cf.* notes de suite de 26 septembre 2024).

**7.3.2** La chambre de céans constate ensuite que l'appréciation de la capacité de travail ne tient pas compte des avis médicaux rendus postérieurement à celui du 2 mai 2022, que ce soit par le Dr C\_\_\_\_\_ lui-même ou par la Dre G\_\_\_\_\_ qui a repris le suivi de la recourante.

Pour rappel, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes retenu que sa patiente était apte à travailler à 100% sur le plan rhumatologique dès le 1<sup>er</sup> mai 2022 (*cf.* rapport du 2 mai 2022), mais il a ensuite constaté que les essais de reprise professionnelle n'avaient pas été concluants et que sa patiente était en arrêt de travail à 100% depuis la fin de l'année 2022, précisant que l'intéressée était entravée par des limitations fonctionnelles, qui comprenaient l'élévation des bras, la station assise prolongée et la rotation du tronc. Si le Dr C\_\_\_\_\_ n'a pas expressément indiqué que ce nouvel arrêt de travail était motivé par les atteintes rhumatologiques (*cf.* rapport du 6 février 2023), cette conclusion ressort des autres pièces au dossier. Ainsi, la Dre G\_\_\_\_\_ a mentionné que l'arrêt de travail dès janvier 2023 avait été donné en raison des vives douleurs (*cf.* rapport du 16 mai 2023). En outre, dans son dernier rapport à disposition de l'expert, cette médecin a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques et un syndrome

de SAPHO. Les limitations fonctionnelles comprenaient une fatigue invalidante obligeant la recourante à se coucher plusieurs heures par jour et l'empêchant de réaliser certaines tâches physiquement et intellectuellement demandeuses, ainsi que des difficultés à utiliser ses mains en raison de lésions cutanées (*cf.* rapport du 12 juin 2023). La Dre H\_\_\_\_\_ a également retenu que le syndrome de SAPHO avait une incidence sur la capacité de travail (*cf.* rapport du 3 juillet 2023).

Ainsi, contrairement à ce que suggère le rapport de l'expert, le rhumatologue traitant de la recourante n'a pas conclu à une pleine capacité de travail, puisque le risque de rechute douloureuse inflammatoire évoqué s'est réalisé.

Enfin, que la recourante ait allégué une nette amélioration de son état rhumatologique grâce au traitement ne permet en aucun cas d'en déduire qu'elle ne présenterait plus aucun trouble ayant des incidences sur sa capacité de travail.

**7.3.3** Il convient également de remarquer que l'expert n'a pas clairement énuméré les plaintes de la recourante, lesquelles se déduisent uniquement du compte-rendu de l'entretien. Il a relaté une « douleur dorsale persistante », avec une « évolution cyclique », un sentiment de « fatigue » et la nécessité de « changer de position », ajoutant que l'expertisée déclarait se reposer « beaucoup » et fractionner ses tâches ménagères (rapport p. 29, 29 et 30). Ces brèves données tranchent avec le résumé de l'expert psychiatre, lequel a notamment fait état d'une « énorme fatigue », d'un « épuisement presque tout le temps », de « gros problèmes d'attention et de mémoire », d'une « douleur horrible » le jour de leur examen, ou encore du sentiment d'être « usée » (rapport p. 44).

Le Dr K\_\_\_\_\_ semble donc ne pas avoir suffisamment pris en considération la fatigue, considérée comme une limitation fonctionnelle par les rhumatologues de la recourante (*cf.* rapports du 31 janvier 2022 du Dr C\_\_\_\_\_). La Dre G\_\_\_\_\_ avait également retenu une fatigue invalidante obligeant la patiente à se coucher plusieurs heures par jour et l'empêchant de réaliser certaines tâches physiquement et intellectuellement demandeuses (*cf.* rapport du 12 juin 2023). Par ailleurs, il ressort de la note interne de l'intimé du 3 septembre 2024 qu'il avait été constaté aux EPI que la recourante présentait une importante fatigue, beaucoup de douleurs (plaintes de l'assurée), un changement de position fréquent, une somnolence très présente, beaucoup de lenteur et d'erreurs dans les tâches rendues, et l'absence d'évolution même dans la répétition.

**7.3.4** C'est le lieu de souligner que les investigations effectuées moins d'un mois après l'entretien de la recourante avec les experts ont révélé une architecture du sommeil altérée avec une diminution importante de la portion du sommeil paradoxal et un sommeil N3 fragmenté. Sur le plan respiratoire, était relevée la présence d'hypopnées d'origine obstructive prédominant pendant le sommeil paradoxal s'accompagnant de désaturation. Le diagnostic retenu était celui de syndrome d'apnée hypopnée du sommeil d'origine obstructive de degré modéré

avec un index d'évènement respiratoire de 28.7 par heure, de sorte qu'un traitement par CPAP (pour *Continuous Positive Airway Pressure*) a été fortement recommandé (cf. polysomnographie rédigé le 2 août 2024 du Dr M\_\_\_\_\_). Dans les suites de la mise en place dudit traitement, la Dre G\_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil était confirmé et « pas mieux » avec l'appareillage (cf. notes de suite du 26 septembre 2024). Le pneumologue a attesté, un mois plus tard, que le syndrome des apnées du sommeil était de degré modéré et engendrait une fatigue, une somnolence diurne importante, un trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Le traitement de CPAP avait été instauré et l'évolution de la capacité et le pronostic était difficile à évaluer. Un bilan neuropsychologique semblait opportun (cf. rapport du 25 octobre 2024 du Dr M\_\_\_\_\_). Partant, contrairement à l'avis de la Dre I\_\_\_\_\_, il ne saurait à ce stade être conclu que le syndrome d'apnées du sommeil ne justifie pas d'incapacité de travail durable dès lors qu'il est appareillé (cf. avis du 27 novembre 2024).

Sur le plan cutané, le Dr K\_\_\_\_\_ a noté « des trous de desquamation » au niveau de la plante des pieds, sans signe de pustulose (rapport p. 34). Compte tenu des importantes lésions cutanées et des restrictions qui en découlaient, il aurait été utile que l'expert explique si les biens-faits du traitement étaient durables, ou si de nouvelles pustuloses pouvaient être attendues. Il est relevé à ce propos que la Dre G\_\_\_\_\_ avait précédemment constaté une atteinte cutanée, avec une pustulose palmo-plantaire, ainsi que l'apparition de nouvelles lésions au niveau des jambes, sous la forme de plaques prurigineuses (cf. rapport du 16 mai 2023), et expliqué que la patiente présentait des difficultés à utiliser ses mains en raison de lésions cutanées, qui l'empêchaient dans la tenue de son domicile et la limitaient dans le ménage (cf. rapport du 12 juin 2023). La Dre F\_\_\_\_\_ avait également mentionné des douleurs au niveau des paumes des mains qui limitaient l'intéressée dans les efforts (cf. rapport du 16 février 2023).

**7.3.5** Pour ces motifs, la chambre de céans considère que les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ ne reposent pas sur un dossier complet, ne résultent pas d'une analyse détaillée et fouillée de tous les points litigieux, et ne prennent pas suffisamment en compte les plaintes de la recourante.

**7.4** Force est donc de constater que le rapport d'expertise du SEM ne revêt aucune valeur probante.

Il en va de même des différents avis du SMR, dès lors que la Dre I\_\_\_\_\_ s'est fondée sur les conclusions de cette expertise.

- 8.** L'intimé ayant rendu sa décision litigieuse sur la base d'un rapport d'expertise qui n'a pas porté sur l'intégralité des troubles de la recourante et dont le bien-fondé des conclusions a été sérieusement remis en doute par des examens complémentaires, il se justifie de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire.

Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets en psychiatrie, rhumatologie, neurologie, pneumologie, avec cas échéant des tests neuropsychologiques, afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail depuis le mois de septembre 2021.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 28 novembre 2024 annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 28 novembre 2024 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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