

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1327/2024

ATAS/78/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 février 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Toni KERELEZOV

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, Présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** Madame (ci-après : l'assurée), née le _____ 1971 au Portugal, s'est installée en Suisse en 1994. Sans formation, elle a travaillé en qualité de femme de ménage à temps partiel, puis s'est occupée de ses enfants nés en 1994 et 1998. Elle a divorcé en 2015 et est aidée financièrement par l'Hospice général depuis le 1^{er} mai 2023.
- b.** Le 7 octobre 2004, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assurée motivée par un cancer du sein droit.
- c.** Par avis du 26 septembre 2006, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a diagnostiqué un cancer du sein et un syndrome de douleurs post mastectomie influençant la capacité de travail. La reprise de l'activité de femme de ménage était envisageable à temps partiel et la capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, dès le mois d'octobre 2005, soit neuf mois après la fin du traitement de chimiothérapie.
- d.** Une enquête économique sur le ménage, réalisée le 29 janvier 2007, a conclu à un empêchement total de 46.5% de fin juin 2004 à septembre 2005 et de 15.5% dès le mois d'octobre 2005.
- e.** Le 29 avril 2008, le SMR a considéré que la capacité de travail était de 50% dans le métier de femme de ménage et de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles pour le bras droit.
- f.** Par décision du 7 juillet 2008, l'OAI a accordé à l'assurée, à laquelle il a reconnu un statut mixte avec des parts professionnelle et ménagère de 50% chacune, une rente d'invalidité entière du 1^{er} août au 31 décembre 2005. Le degré d'invalidité était fixé à 74% du 1^{er} août au 31 décembre 2005, compte tenu d'une invalidité de 50% dans la sphère professionnelle (100% x 50%) et de 24% dans la sphère ménagère (47% x 50%), et à 8% dès le 1^{er} janvier 2006 au vu de l'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle (0% x 50%) et de 8% dans la sphère ménagère (16% x 50%).
- g.** L'assurée a contesté cette détermination auprès de l'OAI.
- h.** Le 2 octobre 2008, l'OAI a confirmé par décision que le droit à la rente de l'assurée était limité du 1^{er} août au 31 décembre 2005.
- i.** Statuant sur recours de l'assurée, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a annulé la décision précitée et renvoyé le dossier pour instruction complémentaire à l'OAI, conformément aux conclusions de ce dernier (ATAS/48/2009 du 21 janvier 2009).
- j.** Le SMR a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée et rendu son rapport le 9 janvier 2009, aux termes duquel il a estimé que l'intéressée disposait

d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une fonction adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le mois de décembre 2005.

k. Par décision du 17 septembre 2010, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} juin 2005 au 31 mars 2006.

Cette décision est entrée en force.

l. L'assurée a repris une activité lucrative à 100% dans le domaine de la vente par correspondance du 15 mars 2013 au 31 décembre 2018. Après une période de chômage, elle a été engagée comme vendeuse à 100% dans une boutique de prêt-à-porter dès le 1^{er} octobre 2019, pour un salaire mensuel de CHF 4'800.-.

B. a. Le 7 septembre 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de dépression, d'ostéoporose, d'hernies et d'épicondylite au coude droit. En incapacité totale de travail depuis le 15 avril 2021, elle percevait des indemnités de la part de l'assureur perte de gain.

b. Procédant aux investigations médicales, l'OAI a notamment reçu :

- un rapport du 1^{er} juillet 2021 du docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'anxiété généralisée (F41.1), ayant un impact sur la capacité de travail ;
- un rapport du 6 juillet 2021 suite à des radiographies du bassin, de la hanche et à une minéralométrie ; les articulations sacro-iliaques étaient légèrement sclérosées, il y avait une bascule du bassin en défaveur de la droite de 11 mm ; la minéralométrie montrait une déperdition osseuse nettement plus accusée au niveau du rachis lombaire par rapport à l'examen de 2014 ;
- un rapport du 9 juillet 2021 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, faisant notamment état de lombalgies sur une ostéoporose ;
- un rapport du 14 juillet 2021 de la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, suite à un examen psychiatrique et psychothérapeutique demandé par l'assureur perte de gain ; elle a mentionné les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission partielle correspondant actuellement à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'ostéoporose après une ovariectomie, de polyarthrose, de capsulite de l'épaule droite, d'épicondylite du coude droit, de difficultés liées à l'emploi ; l'incapacité totale de travail était justifiée et le volet somatique devrait être évalué par un rhumatologue ;
- un courrier du 8 septembre 2021 du Dr B_____ expliquant à l'assureur perte de gain que l'assurée n'avait pas encore pleinement retrouvé sa capacité de travail sur le plan psychique, mais que les arrêts de travail étaient signés par son généraliste, car il y avait une prévalence du trouble somatique dans ses

conséquences incapacitantes, étant relevé que les plaintes somatiques et psychiatriques étaient intriquées ;

- un rapport du 27 septembre 2021 relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale concluant à des minimes hernies discales en C5-C6, C4-C5 et C3-C4, sans rétrécissement canalaire ou conflit disco-radulaire ;
- un rapport du 17 novembre 2021 suite à une IRM du genou droit ayant révélé un œdème inflammatoire pouvant être à l'origine de gonalgies antérieures ;
- un rapport du 18 novembre 2021 du Dr C_____ signalant que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé et qu'elle souffrait d'une épicondylite droite invalidante, d'ostéoporose importante, de douleurs lombaires et d'un état dépressif ;
- un rapport du 9 mai 2022 du Dr B_____ indiquant qu'il avait suivi l'assurée du 24 février au 15 décembre 2021 et que sa prise en charge avait été reprise par un consœur ;
- des rapports des 7 janvier, 23 septembre 2021 et 7 février 2022 de la docteure E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, ne retenant aucun diagnostic rhumatologique ayant une incidence sur la capacité de travail, relevant ne pas avoir retrouvé de limitation fonctionnelle articulaire et évoquant un syndrome douloureux chronique ;
- un rapport d'expertise rhumatologique rendu le 26 septembre 2022 par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, sur demande de l'assureur perte de gain, retenant les diagnostics de fibromyalgie, d'épicondylites bilatérales d'origine mixte, de lombalgies sur des discopathies modérées L4-S1 avec un rétrécissement récessal en L4-L5 et foraminaux L5-S1 sans net conflit disco-radulaire, une périarthrite de l'épaule gauche et une ostéoporose modérée ; des investigations radiologiques étaient nécessaires pour se déterminer sur l'existence de lésion inflammatoire ou de fissuration tendineuse ; la capacité de travail était totale dans l'activité d'employée logistique en ligne ; celle dans l'activité de vendeuse en boutique de prêt-à-porter dépendrait des constats radiologiques ;
- un rapport du 12 octobre 2022 de la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant avoir repris le suivi de l'assurée depuis le mois de mars 2022 et diagnostiquant un épisode dépressif d'intensité moyenne ; l'incapacité de travail était secondaire à la symptomatologie douloureuse de la fibromyalgie, l'une agissant sur l'autre et se péjorant mutuellement ;
- un rapport du 30 mars 2023 du docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, faisant notamment état d'une fibromyalgie, d'épicondylite du coude gauche, de douleurs diffuses et de fatigue sévère ; une activité adaptée à

50% au plus était envisageable dans une activité sans travaux physiquement pénibles, sans port de charges lourdes, sans positions statiques prolongées, sans marche prolongée et sans travail dans un environnement difficile ;

- un rapport du 13 mars 2023 du Dr C_____ notant les diagnostics d'ostéoporose fracturaire avec des dorsolombalgies, d'état dépressif moyen à sévère, de lombosciatalgie gauche, de fibromyalgie, d'épicondylite bilatérale opérée deux fois sans succès ; les limitations fonctionnelles comprenaient toutes les restrictions impliquant le dos et les deux coudes ; aucune activité adaptée n'était possible ;
- un rapport du 10 mai 2023 de la docteure I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état de contractures musculaires de la masse des extenseurs importantes pour les deux avant-bras, d'une charge psychologique importante, d'une fibromyalgie surajoutée, de douleurs chroniques difficiles à gérer, de paresthésies avec des réveils nocturnes ; le port de charges était limité et l'assurée ne pouvait pas effectuer de mouvements répétitifs des poignets et des coudes en raison de tous les facteurs ; la reprise d'une activité adaptée était possible ;
- une attestation reçue par l'OAI le 15 juin 2023, dans laquelle le Dr C_____ a rappelé que sa patiente était suivie par le Dr H_____ pour sa fibromyalgie et l'ostéoporose, par la Dre G_____ pour son état dépressif chronique et son importante fatigue, par la Dre I_____ pour son status après opération d'une épicondylite droite, et par un physiothérapeute deux fois par semaine ; un reclassement professionnel n'était pas envisageable, même dans une activité légère, car l'intéressée souffrait de douleurs lombaires persistantes et ne pouvait pas porter des charges, même de 2 kg, rester dans des positions statiques, mobiliser sa colonne vertébrale, et devait alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes.

c. L'OAI a confié une expertise bidisciplinaire au (ci-après : J_____), réalisée par les docteurs K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui ont rendu leur rapport le 23 août 2023.

Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif unique léger, un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique léger, une phobie spécifique, une fibromyalgie dès 2010, un status après carcinome canalaire invasif du sein droit avec trois opérations en 2004 et 2005 se terminant par une mastectomie et un curage axillaire, chimiothérapie et hormonothérapie adjuvantes durant cinq ans, des rachialgies chroniques dès 2008 au moins sur des discopathies cervicales et lombaires étagées une ostéoporose traitée dès mai 2021, un status après une opération pour une épicondylite du coude droit en octobre 2021 et gauche en novembre 2022, un status après une arthrodèse de la première métatarso-phalangienne droite et de la quatrième inter-phalangienne

proximale droite le 20 novembre 2020, un status après une ovariectomie droite en 2006, un status après un changement de prothèses mammaires pour rupture fin 2022 et un status après une lithiase rénale en février 2023.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu que la capacité de travail avait toujours été entière sur le plan somatique à part durant de courtes périodes lors des interventions chirurgicales. Du point de vue psychiatrique, il était plausible que la capacité de travail ait été nulle d'avril à décembre 2021, mais elle s'était améliorée depuis probablement le début de l'année 2022 et pouvait être considérée depuis lors comme complète sans diminution de rendement. L'assurée pouvait exercer son ancienne activité de vendeuse dans une boutique de prêt-à-porter à plein temps.

Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles précédemment retenues, à savoir que devaient être évités les travaux physiquement pénibles, le port de charges, les positions statiques prolongées, les mouvements fréquents avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs sollicitant les poignets ou les coudes avec un besoin de force.

Il n'y avait pas d'incohérence entre les éléments versés au dossier, l'anamnèse et l'observation objective. Il n'était pas constaté de signe de majoration des symptômes. Les experts pouvaient relever, « comme souvent dans les situations de fibromyalgie », une certaine « discrépance » entre les limitations fonctionnelles annoncées et ce qui pouvait être objectivement retenu. En effet, la personne souffrante avait souvent une mauvaise perception de ses capacités, s'auto-dévaluait et se limitait par crainte des douleurs. La description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes physiques et l'intéressée ne paraissait pas majorer ses plaintes psychiques. Il n'y avait pas de proposition thérapeutique particulière pour la symptomatologie douloureuse, qui ne disparaîtrait pas. Les troubles ostéo-articulaires dégénératifs ne s'amélioreraient pas avec le temps.

d. Par avis du 25 septembre 2023, la docteure M_____, médecin auprès du SMR, a considéré que la situation de l'assurée s'était temporairement aggravée depuis la dernière décision. L'atteinte principale consistait en un épisode dépressif unique moyen ayant évolué vers un épisode léger (6A70.0). L'intéressée présentait en outre un status après une opération pour une épicondylite du coude droit en octobre 2021 et gauche en novembre 2022, des rachialgies chroniques dès 2008 au moins sur des discopathies cervicales et lombaires étagées, un status après un carcinome canalaire invasif du sein droit avec trois opérations en 2004 et 2005, une mastectomie et un curage axillaire, une chimiothérapie et une hormonothérapie adjuvantes durant cinq ans, un status après une arthrodèse de la première métatarso-phalangienne droite et de la quatrième inter-phalangienne proximale droite le 20 novembre 2020. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique léger (6C20.0), une phobie spécifique (6B03), une fibromyalgie dès 2010, une ostéoporose traitée dès mai 2021, un status post-ovariectomie

droite en 2006 et un status après un changement de prothèses mammaires pour rupture le 22 décembre 2022.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de vendeuse de prêt-à-porter dès le 14 avril 2021. Dans un métier adapté, elle avait été nulle dès le 14 avril 2021, entière dès le 21 janvier 2022, nulle dès le 1^{er} novembre 2022 et à nouveau entière dès le 23 mars 2023.

S'agissant des limitations fonctionnelles en lien avec les membres supérieurs, toute activité à fortes charges physiques était à proscrire, de même que les activités au-dessus de 60° d'antépuulsion ou d'abduction de façon répétitive, au-delà de 90° de façon occasionnelle, le port de charges supérieures à 2.5 kg de façon répétitive et les tâches nécessitant un rendement imposé. Concernant les rachis cervical et lombaire, l'intéressée devait privilégier les emplois permettant les variations de positions à sa guise, sans position statique debout immobile ou nécessitant des positions fixes prolongées, sans positions statiques au-delà d'une heure, sans flexion, extension et rotation du rachis, et sans position en porte-à-faux. Devaient également être évitées les activités nécessitant des agenouillements ou des accroupissements répétés, celles requérant de déambuler toute la journée ou de marcher sur un terrain instable, les tâches nécessitant des mouvements répétés des poignets et des coudes surtout avec port de charges ou des activités impliquant des forces de serrage importantes ou un besoin de force des deux côtés, ainsi que les activités nécessitant de porter des charges en élévation au-dessus de l'horizontale, surtout au niveau de l'épaule droite.

Le SMR a indiqué s'écarter des conclusions des experts dans la mesure où l'activité de vendeuse en prêt-à-porter ne respectait pas l'ensemble des limitations fonctionnelles. En outre, il considérait que la capacité de travail avait été nulle dans toute activité du 14 avril 2021 au 20 janvier 2022 compte tenu de l'épisode dépressif et de l'intervention du coude droit, puis à nouveau du 1^{er} novembre 2022 jusqu'au 22 mars 2023, soit trois mois après la dernière intervention du 22 décembre 2022.

- C.**
- a.** Par courrier du 12 octobre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} février au 31 mai 2023, basée sur un degré d'invalidité de 100%.
 - b.** Le 16 novembre 2023, l'assurée a contesté tant l'appréciation des experts que celle du SMR, relevant que les lacunes dont souffrait l'expertise ne pourraient être comblées par un complément et qu'une nouvelle expertise bidisciplinaire devrait être mise en œuvre.
 - c.** Par décision du 7 mars 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} février au 31 mai 2023. Après avoir relevé que le statut de l'intéressée était celui d'une « personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels », il a retenu qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail avait été de 0% dès le

14 avril 2021 (début du délai d'attente d'un an), 100% dès le 21 janvier 2022, 0% dès le 1^{er} novembre 2022 et 100% dès le 23 mars 2023. À l'échéance du délai d'attente, soit le 14 avril 2022, la comparaison des revenus avec et sans invalidité révélait une perte de gain de 7%. À compter du 1^{er} novembre 2022, son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait plus d'exercer une activité, de sorte que sa perte de gain se confondait avec le degré d'invalidité, total. Suite à une amélioration de son état de santé le 23 mars 2023, il convenait de reprendre la comparaison des gains précitée et de conclure que son droit à la rente s'éteignait après une amélioration de la capacité de travail théorique de trois mois, soit le 1^{er} juin 2023.

- D.** **a.** Par acte du 22 avril 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales. Elle a conclu, préalablement, à ce que soient ordonnées sa comparution personnelle, les auditions de plusieurs médecins et d'un physiothérapeute, et une expertise judiciaire. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le mois d'avril 2022, sans limite dans le temps, et à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une indemnité de procédure d'un montant minimum de CHF 3'000.-.

En substance, la recourante a nié toute valeur probante au rapport d'expertise. L'avis du Dr L_____ était prédéfini, ce qui était démontré par ses croyances quant à l'impact de la fibromyalgie et la perception de la douleur des personnes atteintes de cette maladie. Il n'avait pas rapporté toutes les difficultés rencontrées au quotidien ni les répercussions sur sa vie du fond douloureux intense et constant, de jour comme de nuit. Le Dr K_____ avait considéré qu'elle souffrait à cause de ses problèmes physiques et que l'épisode dépressif incapacitant était limité d'avril 2021 à mars 2022. Selon lui, la symptomatologie dépressive n'était pas incapacitante, faisant référence à son entretien téléphonique avec la Dre G_____, laquelle avait pourtant indiqué que la symptomatologie s'aggravait. Il était indéniable que les pathologies physiques et psychiques s'enchevêtraient et s'influençaient mutuellement. La fibromyalgie usait son moral et les symptômes dépressifs aggravaient le vécu des douleurs dues à la fibromyalgie alors qu'elle avait un terrain de fragilité psychologique et était meurtrie par une série d'opérations et de maladies dégénératives. Elle continuait la prise d'antidépresseurs et son suivi psychothérapeutique, ce qui attestait que son état dépressif moyen à sévère n'était pas consolidé. Les experts se discréditaient eux-mêmes lorsqu'ils affirmaient qu'elle était apte à travailler dans toute activité, y compris l'activité habituelle de vendeuse, alors même qu'ils retenaient une série importante de limitations fonctionnelles, qu'ils concluaient que la symptomatologie douloureuse et les troubles ostéoarticulaires ne disparaîtraient pas, et qu'il n'existait pas de proposition thérapeutique particulière. De plus, ils n'avaient pas indiqué quelles seraient ses ressources personnelles pour faire face aux atteintes permanentes à sa santé et tout particulièrement aux douleurs

chroniques provoquées par la fibromyalgie, laquelle avait des répercussions sévères, et les autres affections dégénératives. Son affection psychique ne trouvait ni son explication ni sa source dans le champ socioculturel ou psychosocial, mais bien dans les comorbidités attestées par ses médecins-traitants et par les experts.

Le Dr H_____ avait relevé que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail devaient inclure l'épicondylite résiduelle des deux coudes, les rachialgies diffuses chroniques dans un contexte de discopathie étagée, les arthrodèses au pied droit, une tendinopathie du moyen fessier bilatérale présente depuis plusieurs mois (coxarthrose déjà présente en 2023, mais dont le diagnostic avait été confirmé en mars 2024) et la fibromyalgie. À la longue liste de limitations fonctionnelles retenues par les experts, il avait rajouté celles consistant à rester en position debout de manière prolongée, à marcher de manière prolongée et à pratiquer la marche fréquente en montée. Les troubles et les restrictions avaient un impact important sur ses activités professionnelles, mais aussi sur sa vie privée et ses activités sociales. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé avait été rapportée, y compris dans une activité adaptée. Les éléments de preuve donnaient une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie, et ces limitations étaient insurmontables dans une activité adaptée. Il était insoutenable de considérer qu'elle disposerait d'une capacité de travail résiduelle au regard de ses limitations fonctionnelles. Un tel poste n'existait pas, y compris dans un « marché équilibré ».

Subsidiairement, s'il devait être retenu qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle, celle-ci devrait être de 50%, au plus. Le salaire sans invalidité s'élevait à CHF 57'600.-, ramené à CHF 58'400.- en 2022 (année d'octroi à la rente). Le salaire avec invalidité retenu par l'intimé était contesté, car le secteur « production » n'entrait pas en ligne de compte au regard des restrictions et il convenait de se baser sur le secteur « services ». Le revenu annuel de référence avec invalidité s'élevait à CHF 53'100.-, auquel il convenait d'appliquer un abattement de 25% en raison notamment de l'âge, des limitations fonctionnelles et de la réduction de rendement, révélant un salaire de CHF 39'825.-. Même à considérer qu'elle était apte à travailler à 100%, son taux d'invalidité serait de 32%, ce qui lui ouvrait le droit à des mesures d'ordre professionnel. Ces mesures, qui n'avaient pas été mises en place par l'intimé, devraient permettre d'évaluer sa réelle capacité de travail résiduelle. Cela étant, au plan strictement rhumatologique, le Dr H_____ avait estimé qu'elle serait théoriquement apte à travailler à 50%, ce qui donnait un taux d'invalidité de 66%.

La recourante a notamment produit :

- un rapport du 23 novembre 2023 du Dr C_____ contestant les conclusions des experts ; sa patiente présentait plusieurs problèmes chroniques, soit des lombosciatalgies gauches invalidantes consécutives à une ostéoporose due à une hormonothérapie de longue durée dans le contexte de son traitement de

cancer du sein, une épicondylite chronique des deux coudes opérés à plusieurs reprises et sans résultats bénéfiques, engendrant une grande difficulté à la préhension des deux mains, une fibromyalgie et un état dépressif moyen à sévère non consolidé ; elle était incapable de supporter la station debout prolongée, d'être assise plus d'une heure, de marcher de manière prolongée et de faire des manipulations avec ses membres supérieurs ; elle devait pouvoir se concentrer pleinement à sa santé, faire de la physiothérapie au long court, bénéficier de traitement d'hydrothérapie et de relaxation ;

- un rapport du 24 novembre 2023 du Dr H_____ considérant que les diagnostics retenus par les experts étaient corrects, mais qu'il convenait d'y ajouter une tendinopathie du moyen fessier bilatéral présente depuis plusieurs mois, pour laquelle il retenait en sus des limitations énumérées par les experts des restrictions en lien avec la position debout prolongée, la marche prolongée et la marche fréquente en montée ; les critères diagnostics utilisés par l'expert concernant la fibromyalgie attestaient des douleurs diffuses et démontraient la sévérité des symptômes, dont la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs et neurologiques ; cette atteinte avait des répercussions sévères ; les douleurs résiduelles au niveau des coudes, plus sévères que d'autres douleurs, n'étaient pas liées à la fibromyalgies, mais survenaient probablement comme un résultat insatisfaisant des chirurgies réalisées, ce qui arrivait dans 30 à 40% des cas selon la littérature médicale ; les atteintes avaient une répercussion sur les vies professionnelle, privée et sociale de la patiente ; la capacité de travail était au mieux de 50 à 60% dans une activité adaptée ;
- un rapport de radiographie du bassin et de la hanche droite du 4 mars 2024 montrant une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéophytose supéro-externe bilatérale et postéro-inférieure à droite.

b. Dans sa réponse du 16 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les éléments subjectifs relevés par la recourante étaient insuffisants pour remettre en cause le rapport d'expertise, qui revêtait une pleine valeur probante. Hormis les conclusions sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr H_____ rejoignait les conclusions du SMR. Le Dr C_____ n'avait apporté aucun élément médical objectif nouveau et le rapport de radiographie du bassin du 4 mars 2024 n'était pas suffisant pour démontrer une atteinte ayant des répercussions durables et notables sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, il ne semblait pas contestable que la recourante présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, entière en l'absence d'éléments justifiant de s'écarter des conclusions des experts et du SMR. Au niveau psychiatrique, l'analyse juridique des critères jurisprudentiels permettait d'exclure l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, ce qui était confirmé par les conclusions médicales. Enfin s'agissant du salaire avec invalidité, l'application de la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisé, confirmée par la jurisprudence, n'était

pas critiquable. Concernant l'abattement, seule une réduction forfaitaire pouvait entrer en considération, mais pas lorsque la capacité de travail était entière.

c. Par réplique du 5 juillet 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions. Ni le rapport du Dr H_____ ni celui de radiographie n'avait été soumis au SMR, de sorte que les considérations de l'intimé sur ces documents étaient dépourvues de toute pertinence. Contrairement aux allégations de l'intimé, le Dr H_____ ne rejoignait pas les conclusions du SMR, étant rappelé qu'il avait contesté également les diagnostics retenus avec une répercussion sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. De plus, cette évaluation était limitée à l'aspect rhumatologique. L'examen radiologique du 4 mars 2024 avait révélé une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéoporose et une IRM réalisée le 17 juin 2024 avait également révélé des pathologies. Ces résultats confirmaient les examens du Dr H_____ des 7 et 19 juin 2024, qui avait objectivé d'importantes douleurs de la hanche droite, permanentes au repos, qui s'aggravaient en cas d'effort, et inguinales prédominant à la marche. Une boiterie avait été constatée, et la rotation et l'abduction de la hanche entraînaient d'importantes douleurs. Le diagnostic de tendinopathie du moyen fessier droit avait été retenu. Elle était clairement handicapée pour toutes les activités impliquant de la marche prolongée, la position debout prolongée, les montées d'escaliers, d'escabeau ou d'échelle, et il lui arrivait d'être paralysée. Elle suivait un traitement pour cette affection et deux infiltrations avaient été réalisées. Ces éléments entraînaient une répercussion sur sa capacité de travail. Ses douleurs étaient objectivées, avec un substrat organique, si bien que les conclusions de l'expert psychiatre étaient contestées. Retenir que la fibromyalgie n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail et n'affectait pas son état psychique et physique relevait de l'erreur médicale.

Pour le reste, l'intimé n'avait ni examiné ses arguments à l'encontre de l'expertise, ni justifié les raisons pour lesquelles il ne conviendrait pas de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers. La question de l'abattement sur le salaire statistique se posait uniquement lorsqu'une capacité de travail résiduelle existait, ce qui n'était pas le cas. Même en appliquant l'abattement forfaitaire, le calcul du taux d'invalidité ne changerait pas.

Elle a produit :

- un rapport relatif à une IRM réalisée le 17 juin 2024 et ayant mis en exergue une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéophytose cotyloïdienne et une chondropathie fémoro-acétabulaire supéro-externe bilatérale et symétrique, un probable conflit fémoro-acétabulaire à droite avec « herniation de Pitt » et un épaulement de la jonction cervico-céphalique antérieure pouvant témoigner d'un conflit fémoro-acétabulaire à corrélérer à la clinique, une maladie de péri-hanche bilatérale avec enthésite des petits fessiers, bursite trochantérienne superficielle et des ilio-psoas des deux côtés ;

- un rapport du 20 juin 2024 du Dr H_____, consulté les 7 et 19 juin 2024, relatant des douleurs de la face externe de la hanche droite qui augmentaient lors du décubitus latéral droit et lors du décubitus gauche, ainsi que des douleurs moins intenses de la région inguinale droite irradiant sur la face antérieure de la cuisse droite presque permanentes qui étaient également présentes au repos mais aggravées par les efforts notamment lors de la marche ; l'examen clinique montrait une boiterie droite, une palpation para-trochantérienne et du moyen fessier douloureuse, beaucoup plus nettement à droite qu'à gauche ; la mobilisation de la hanche droite était conservée, mais certaines rotations provoquaient d'importantes douleurs ; il avait effectué une infiltration locale de corticoïde au niveau de la périhanche droite ; la patiente ne pouvait pas effectuer les activités nécessitant la marche prolongée, la position debout prolongée, la montée d'escaliers, sur un escabeau et sur une échelle.

d. Par duplique du 12 août 2024, l'intimé a également persisté dans ses conclusions et s'est référé à l'avis du SMR, produit en annexe.

Dans cette appréciation du 8 août 2024, la Dre M_____ a considéré que les nouvelles pièces révélaient une tendinopathie du moyen fessier bilatérale prédominant à droite et une coxarthrose bilatérale modérées, qui entraînaient des limitations fonctionnelles supplémentaires consistant en la montée sur les escaliers, un escabeau ou une échelle, mais que ces nouvelles atteintes ne permettaient pas de retenir une réduction supplémentaire de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C_____, à savoir la station debout prolongée, la position assise de plus d'une heure, la manipulation utilisant les deux membres supérieurs, la marche prolongée, avaient été admises par le SMR dans son avis du 25 septembre 2023.

e. Le 4 septembre 2024, la recourante a maintenu ses conclusions, en particulier concernant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comprenant notamment une évaluation dans le domaine de la douleur. Elle a contesté les conclusions de l'intimé, lequel avait apprécié séparément chaque affection et chaque limitation fonctionnelle. Pourtant, l'accumulation des restrictions et des atteintes requérait d'examiner s'il était concrètement et objectivement plausible de retenir une capacité de travail résiduelle en procédant à une analyse globale du cas, ce que ni les experts, ni le SMR, ni l'intimé n'avait fait. Concernant les remarques du SMR, elle a relevé qu'elle ne jardinait pas, que son compagnon l'accompagnait lors de tous ses déplacements et que son état de santé s'était détérioré depuis une année.

f. Par courrier du 16 janvier 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise rhumatologique et psychiatrique au docteur N_____, rhumatologue, et à la docteure O_____, psychiatre, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait aux experts.

g. Par pli du 4 février 2025, l'intimé a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre des experts annoncés et a suggéré l'ajout d'une question complémentaire.

h. Le 6 février 2025, la recourante a exposé ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir et a proposé des précisions dans la mission d'expertise. Elle a en outre relevé que ses douleurs de la hanche droite et de la péri-hanche s'étaient sensiblement aggravées, qu'elle avait subi des infiltrations, qu'un avis chirurgical s'était révélé nécessaire et qu'une consultation spécialisée était prévue. Elle portait en outre des appareils auditifs depuis le mois de décembre 2024, financés en partie par l'intimé.

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 Par renvoi 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 du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le 1^{er} 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^{er} 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).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mars 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 7 septembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 mars 2024 par laquelle l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} février au 31 mai 2023.
- 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).

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

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 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).

D'après l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est fixée selon un tableau.

4.1 L'art. 54a al. 3 LAI prévoit que 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.

L'art. 49 al. 1^{bis} RAI précise que lors de la détermination des capacités fonctionnelles au sens de cette disposition, 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 ou psychiques.

4.2 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les arrêts cités).

4.3 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 ; 102 V 165

consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4.3.1 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 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

4.3.2 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.3.3 La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est notamment applicable à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418) et à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

4.3.4 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

4.3.5 Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

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

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). 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).

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

Ainsi, 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 LPG) 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 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).

5.2 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 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). 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 ; 130 V 130 consid. 2.1). 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 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que la recourante n'était plus en mesure de travailler en qualité de vendeuse dans un magasin de prêt-à-porter depuis le 14 avril 2021, mais que sa capacité de travail avait été, dans une activité adaptée, de 0% du 14 avril 2021 au 20 janvier 2022, de 100% du 21 janvier au 31 octobre 2022, de 0% du 1^{er} novembre 2022 au 22 mars 2023 et de 100% dès le 23 mars 2023. Cette appréciation repose sur le rapport du SMR du 25 septembre 2023, lui-même basé sur le rapport d'expertise du 23 août 2023.

La recourante nie toute valeur probante à ces documents, relevant notamment que le SMR s'est distancé de certaines conclusions du J_____, dont les experts n'avaient pas évalué sa situation en regard des interférences de ses différentes atteintes à la santé, somatiques et psychiques, attestées par ses médecins traitants qui considéraient qu'elle n'était plus apte à travailler.

Il convient donc d'examiner la portée du rapport d'expertise.

7.1 À titre préalable, la chambre de céans rappelle que les rapports des médecins de la recourante établis après le prononcé de la décision litigieuse du 7 mars 2024 peuvent être pris en considération en tant qu'ils portent sur son état de santé avant cette date.

7.2 Elle constate ensuite que si le rapport du J_____ semble *a priori* répondre aux réquisits en matière de valeur probante, dès lors que les experts ont résumé les pièces à leur disposition, présenté une anamnèse détaillée, évoqué les plaintes de la recourante, procédé à des examens cliniques, de nombreux manquements peuvent être relevés.

7.2.1 Tout d'abord, les Drs L_____ et K_____ n'ont pas procédé à une appréciation globale de la situation de la recourante.

En effet, dans leur « évaluation consensuelle », les experts ont repris mot pour mot le contenu de leur propre rapport, retranscrit sous les points 4.1 « Résumé de l'évolution de la maladie », 4.2 « Evaluation de la cohérence et de la plausibilité », et 4.3 « Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations », ce dernier mentionnant en

réalité uniquement la liste des diagnostics énumérés dans chaque rapport d'expertise. Les spécialistes ont ensuite répondu « Aucun » à la question 4.4 « Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvait avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources », sans autre développement, puis se sont déterminés sur la capacité de travail, « globale », dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que sur les limitations fonctionnelles. À nouveau, les experts ont simplement rapporté leurs propres déterminations, sans procéder à la moindre discussion commune.

Au vu des différents diagnostics retenus, en particulier celui de fibromyalgie, avec un score total de 28 sur un maximum de 31, des nombreux troubles somatiques objectivables aux niveaux des deux membres supérieurs, des rachis cervical et lombaire, et de l'allégations d'intenses douleurs touchant toutes les articulations, il incombait aux experts de procéder à une évaluation consensuelle du cas.

Il est encore souligné à cet égard que plusieurs médecins ont mis en exergue l'interférence des atteintes somatiques et psychiatriques. Ainsi, le Dr B_____ a indiqué à l'assureur perte de gain que les arrêts de travail étaient signés par le médecin traitant car le trouble somatique prévalait dans ses conséquences incapacitantes, relevant que les plaintes somatiques et psychiatriques étaient « intriquées » (*cf.* courrier du 8 septembre 2021). La Dre G_____ a estimé que l'incapacité de travail était secondaire à la symptomatologie douloureuse de la fibromyalgie, précisant que l'une agissait sur l'autre et qu'elles se péjoraient « mutuellement » (*cf.* rapport du 12 octobre 2022). La Dre I_____ a constaté que les douleurs chroniques étaient difficiles à gérer, faisant état d'une « charge psychologique importante » et d'une fibromyalgie « surajoutée » (*cf.* rapport du 10 mai 2023). Le Dr H_____ a également considéré que les « troubles psychiques associés à la fibromyalgie » rendaient une réadaptation difficile.

Compte tenu des troubles somatiques et psychiques qui interagissent et s'influencent, les experts devaient procéder à une évaluation globale de l'état de santé de la recourante, ce qu'ils n'ont pas fait.

7.2.2 Au niveau psychiatrique, l'expert a diagnostiqué un épisode dépressif unique léger (6A70.0). Il a indiqué que l'épisode dépressif qui prenait une allure chronique depuis 2021 s'était amélioré depuis probablement le début de l'année 2022.

Ces affirmations revêtent une certaine ambiguïté quant à l'intensité de l'épisode dépressif pour la période antérieure à décembre 2021. Il sera rappelé à toutes fins utiles que la Dre D_____, mandatée par l'assureur perte de gain en juillet 2021, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission partielle correspondant alors à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (*cf.* rapport du 14 juillet 2021). Le Dr B_____ a pour sa part diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et une anxiété généralisée (*cf.* rapport du 1^{er} juillet 2021). Quant à la Dre

G_____, en charge du suivi de la recourante depuis 2022, elle a retenu l'existence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne et attesté d'une légère péjoration de l'état depuis le début de sa prise en charge, malgré le traitement et la thérapie (cf. rapport du 12 octobre 2022). Au vu de l'appréciation de la psychiatre traitante, qui a exposé que le trouble dépressif moyen attesté par deux autres médecins s'était quelque peu aggravé, l'expert aurait dû motiver sa détermination en s'appuyant sur les critères diagnostics, ce qu'il n'a pas fait.

S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, le Dr K_____ a retenu que l'épisode dépressif avait vraisemblablement été incapacitant d'avril à fin décembre 2021 et qu'il n'y avait depuis lors plus de restrictions d'ordre psychiatrique. Il a précisé s'être entretenu avec la psychiatre traitante de la recourante depuis le printemps 2022, qui lui aurait déclaré que la symptomatologie dépressive n'était pas incapacitante et que les arrêts de travail étaient prescrits par le rhumatologue ou le médecin traitant. Cette affirmation paraît en l'état surprenante, puisque la Dre G_____ a souligné que l'épisode dépressif d'intensité moyenne et la symptomatologie douloureuse de la fibromyalgie agissaient l'une sur l'autre et se péjoraient mutuellement (cf. rapport du 12 octobre 2022).

En outre, le Dr K_____ ne s'est pas livré à une analyse détaillée des indicateurs développés par la jurisprudence. Dans la partie de son rapport « Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés », rubrique qui porte en réalité uniquement sur les « Ressources personnelles », l'expert psychiatre a relevé que la « flexibilité et adaptabilité » étaient conservées, car la recourante semblait s'être adaptée à son syndrome douloureux chronique pour effectuer les tâches qui étaient physiquement possibles pour elle. Cette conclusion est difficilement compréhensible au vu de la prise en charge médicale de la recourante, suivie par le Dr H_____ pour sa fibromyalgie et l'ostéoporose, par la Dre G_____ pour son état dépressif chronique et son importante fatigue, par la Dre I_____ pour son status après opération d'une épicondylite droite, et par un physiothérapeute deux fois par semaine (cf. rapport du 15 juin 2023 du Dr C_____). On relèvera en outre que plusieurs médecins ont constaté d'importantes limitations dans les gestes courants de la vie. Ainsi, la Dre I_____ a affirmé que l'intéressée ne pouvait pas faire le ménage (cf. rapport 10 mai 2023), le Dr F_____ a rapporté une gêne importante pour la préparation des repas, des difficultés à couper le pain ou les légumes, à réaliser l'activité ménagère, de la peine à écrire, et le besoin d'aide pour le ménage (cf. rapport du 26 septembre 2022), et le Dr H_____ a également signalé une difficulté à effectuer les travaux ménagers, à porter des sacs de commission (cf. rapport du 30 mars 2023).

Le Dr K_____ a noté qu'il n'y avait aucune restriction s'agissant des « activités spontanées » et de la « proactivité », puisque l'intéressée faisait un certain nombre d'activités, comme promener son chien et avoir des contacts sociaux. Il ressort toutefois du descriptif d'une journée type que les sorties de la recourante semblent

se limiter à se rendre à ses différents rendez-vous médicaux, à faire des courses légères et à promener son chien environ une heure par jour en forêt. Le reste de la journée, l'intéressée s'occupe de son intérieur, lit, mais pas tous les jours et pas plus de six pages par jour en raison des douleurs, et écoute de la musique. Le contenu du rapport, qui relate sommairement que la recourante s'entend bien avec sa fille, qu'elle téléphone régulièrement avec sa mère et tous les jours avec sa meilleure amie, qu'elle rencontre régulièrement sa sœur et une fois par semaine une amie, ne permet pas de tirer des conclusions quant à une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Qui plus est, les constatations de l'expert sont mises à mal par les observations de la Dre G_____, qui a rapporté une vitalité diminuée, une fatigabilité, une perte de confiance en son autonomie, une tendance à l'isolement et au repli social, une difficulté à trouver une motivation pour initier une activité, une anhédonie partielle (*cf.* rapport du 12 octobre 2022).

7.2.3 Au niveau somatique, le diagnostic de « status après une opération pour une épicondylite » du coude droit puis du coude gauche suggère que la recourante ne souffre plus de cette atteinte, puisqu'aucun autre diagnostic n'est retenu s'agissant des coudes. Cependant, l'intéressée a relaté d'intenses douleurs quotidiennes et l'expert a constaté que ces articulations étaient douloureuses à la palpation et en fin de mouvement. Il aurait donc dû expliquer clairement s'il rattachait toute la symptomatologie au diagnostic de fibromyalgie et les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'épicondylite. À cet égard, il sera observé que le Dr H_____ a considéré, en se référant à la littérature médicale, que les douleurs résiduelles au niveau des coudes, plus sévères que d'autres douleurs, n'étaient pas liées à la fibromyalgie, mais survenaient probablement comme un résultat insatisfaisant des chirurgies réalisées, ce qui arrivait dans 30 à 40% (*cf.* rapport du 24 novembre 2023).

Le Dr L_____ semble avoir attribué toutes les douleurs ostéo-articulaires à la fibromyalgie, alors que des atteintes à la santé avec un substrat organique existent également. Outre la cure épicondylite bilatérale (*cf.* rapport du 10 mai 2023 de la Dr I_____) rappelée ci-dessus, la recourante a été opérée du pied droit (*cf.* rapport du 26 septembre 2022 du Dr F_____) et des examens d'imagerie ont mis en évidence des discopathies en C3-C4, C4-C5 et C5-C6 (*cf.* rapport d'IRM du 27 septembre 2021) et en L4-L5, L5-S1 (*cf.* rapport du 26 septembre 2022 du Dr F_____), un œdème inflammatoire du genou droit (*cf.* rapport d'IRM du 17 novembre 2021), ainsi qu'une légère sclérose des articulations sacro-iliaques et une bascule du bassin (*cf.* rapport radiologique du 6 juillet 2021). De plus, le Dr F_____ avait fait état d'une périarthrite de l'épaule gauche (*cf.* rapport du 26 septembre 2022) dont on ignore tout de l'évolution (*cf.* rapport du 13 mars 2023). L'influence de ces différentes pathologies objectivables sur les douleurs et les limitations évoquées n'a pas du tout été discutée par l'expert, de sorte que son appréciation se révèle insuffisante.

La chambre de céans relèvera encore que le dossier de l'intimé, et partant celui remis aux experts, n'est apparemment pas complet, puisqu'il ne contient pas le rapport relatif aux examens ayant conclu à des troubles en L4-L5, L5-S1, document mentionné par les Drs C_____ (cf. rapport un rapport du 9 juillet 2021) et F_____ (cf. rapport du 26 septembre 2022).

Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologique, à savoir éviter les travaux physiquement pénibles, le port de charges, les positions statiques prolongées, les mouvements fréquents avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou les mouvements répétitifs sollicitant les poignets ou les coudes avec un besoin de force, apparaissent bien trop vagues pour permettre de déterminer le type d'activité encore possible et la capacité de travail résiduelle. De plus, le Dr L_____ n'a pas attribué ces différentes contre-indications à des atteintes spécifiques, ce qui engendre une certaine confusion, ce d'autant plus qu'il n'a pas clairement distingué dans son rapport les diagnostics qui avaient des effets sur la capacité de travail de ceux qui n'en avaient pas.

Enfin, l'appréciation du Dr L_____ quant à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle n'est pas convaincante. Le SMR lui-même s'en est d'ailleurs distancé.

7.2.4 Il sera encore constaté que la recourante a fait état de plusieurs plaintes qui n'ont pas été prises en considération par les experts, sans la moindre explication. Elle a notamment relaté des céphalées, qui la poussaient à éviter le bruit et la lumière, des problèmes de concentration, précisant s'être déjà perdue et avoir « assez souvent des blancs », ce qui avait justifié une prescription médicamenteuse de la part de sa psychiatre, une importante fatigue ou encore des troubles du sommeil. Elle a également rapporté d'importantes douleurs au niveau des hanches, pour lesquelles des examens complémentaires ont par la suite été ordonnés et ont notamment révélé d'autres troubles, dont une coxarthrose.

Les experts auraient dû expliquer pour quelles raisons ces multiples doléances n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, qui ne paraissait au demeurant pas majorer les symptômes, n'adoptait pas de comportement démonstratif et ne se révélait pas incohérente.

C'est le lieu de relever que le Dr H_____ a exposé que les critères diagnostics utilisés par le Dr L_____ concernant la fibromyalgie attestaient des douleurs diffuses et démontraient la sévérité des symptômes, dont la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs et neurologiques, et a affirmé que cette atteinte avait des répercussions sévères (cf. rapport du 24 novembre 2023).

7.2.5 Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise du J_____ ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7.3 À toutes fins utiles, il sera encore relevé que le SMR a également constaté des manquements dans ce document, puisque la Dre M_____ s'est écartée des conclusions de l'expertise s'agissant de la capacité de travail dans l'activité de

vendeuse en prêt-à-porter, admettant que cette fonction ne respectait en réalité pas l'ensemble des limitations fonctionnelles.

Elle a en outre complété la liste des limitations fonctionnelles énoncées par le J_____, ajoutant de nombreuses contre-indications découlant des troubles du rachis, précisant les mouvements devant être évités pour ménager les membres supérieurs, indiquant la durée maximale des positions statiques ou encore fixant une limite concernant le port de charges.

Elle a également modifié le diagnostic d' « épisode dépressif unique léger » en « épisode dépressif unique moyen ayant évolué vers un épisode léger (6A70.0) », et précisé quels diagnostics avaient ou non des répercussions sur la capacité de travail.

8. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale et d'ordonner une expertise bidisciplinaire afin de clarifier les différents aspects médicaux, leurs interactions et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Une expertise judiciaire est donc ordonnée et confiée à la Dre O_____ et au Dr N_____.

Le point I.B. de la mission d'expertise est complété dans le sens proposé par la recourante et la question 10.2 introduite selon la suggestion de l'intimé. Pour le reste, il appartient à l'expert et non à la personne expertisée de déterminer les méthodes d'investigation et d'évaluation les plus opportunes dans le cadre du mandat qui lui est confié.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise de la recourante. Commet à ces fins la docteure O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et le docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Dres I_____ et G_____, les Drs C_____ et H_____, ainsi que le spécialiste en orthopédie consulté en février 2025 pour un avis chirurgical.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge le Dr N_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

 - 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
 - 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 1^{er} octobre 2019 ?
 - 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été

déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

- 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

- 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1^{er} octobre 2019 ?
- 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

- 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 8.1 Êtes-vous d'accord avec les appréciations de la Dre I_____ et des Drs H_____ et C_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles retenues ? Si non, pourquoi ?

9 Quel est le pronostic ?

10 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11 Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la Dre O_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

G. Charge la Dre O_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

- 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 1^{er} octobre 2019 ?
- 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est

connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?
En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
- a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1^{er} octobre 2019 ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Solliciter un contrôle de l'adhésion médicamenteuse avec interprétation clinique des résultats.
- 10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre G_____ du 12 octobre 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et l'absence de toute limitation fonctionnelle depuis le mois de janvier 2022 ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr N_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

I. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

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