

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1695/2026

ATAS/714/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et
assurés, mandataire

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1979, vendeuse, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI) le 15 mai 2019. Elle invoquait souffrir d'une dépression, suite à un *burnout*, depuis environ six mois et était suivie par le docteur B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
- b.** Par décision du 2 octobre 2019, l'OAI a retenu un statut d'assuré consacrant 90% de son temps à son activité professionnelle et 10% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, l'OAI a refusé toute prestation.
- c.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations qui a été reçue par l'OAI le 15 février 2022. Elle invoquait souffrir, après plusieurs opérations au cou en juillet 2020, d'une maladie auto-immune, de douleurs articulaires et musculaires depuis 2020 et était suivie par le docteur C_____, généraliste.
- d.** Dans un rapport médical du 6 mai 2022, le Dr B_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), de troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.3) et d'état de stress post-traumatique (F 43.1). La capacité de travail, dans l'activité habituelle, était nulle depuis le 20 décembre 2021, en raison des limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, douleurs diffuses, asthénie importante et manque d'énergie. L'évolution de l'état clinique était mitigée, malgré la prise d'un antidépresseur Venlafaxine, à raison de 225 mg/jour, depuis le 14 mars 2022 et de séances de psychothérapie, à raison d'une fois par semaine.
- e.** Le rapport médical de consultation ambulatoire de la douleur du 12 mai 2022, signé par le docteur D_____, chef de clinique au département de médecine aiguë des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), posait le diagnostic de douleurs chroniques primaires diffuses avec critères de fibromyalgie, le médecin précisant que les douleurs musculo – squelettiques chroniques diffuses compatibles avec le diagnostic de fibromyalgie étaient fortement liées à l'état psychique et émotionnel de l'assurée ; le suivi psychothérapeutique et la prise d'antidépresseurs contribuait à l'amélioration des symptômes, étant précisé que les contractures musculaires liées à l'état de tension interne, semblaient avoir un rôle de premier ordre dans la symptomatologie douloureuse.
- f.** Un rapport d'évaluation a été effectué le 2 août 2022 par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, concluant à ce qu'aucune reconversion professionnelle ou rente ne soit financée car il s'agissait, dans un premier temps, de mettre en place des mesures d'intervention précoce en vue de mobiliser l'assurée en fonction de ses possibilités actuelles et lui apporter une plus-value sur le plan professionnel.

g. Dans son rapport médical du 1^{er} juin 2023, le Dr B_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, ni d'amélioration depuis le 22 novembre 2021 avec deux dernières consultations le 25 mai et le 1^{er} juin 2023. Les limitations fonctionnelles déjà mentionnées étaient toujours présentes, l'assurée continuait de prendre un traitement antidépresseur, le médecin précisant que la compliance thérapeutique était bonne.

h. Par avis médical du 29 juin 2023, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a résumé la situation médicale et proposé la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique qui a été confiée au bureau d'expertise médicale (ci-après : BEM) de E_____.

La docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la seconde experte, la docteure G_____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport d'expertise psychiatrique et rhumatologique le 8 novembre 2023. Dans leur discussion consensuelle, les expertes estimaient que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 80% sur le plan somatique et de 50% sur le plan psychique et que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% sur le plan somatique et de 70% sur le plan psychique. Consensuellement, au terme de l'expertise disciplinaire et rétroactivement, les experts estimaient la capacité de travail dans l'activité habituelle à 40% et à 70% dans une activité adaptée. Sur le plan des activités ménagères, la capacité de travail comme ménagère était estimée à 90%.

i. Par courriel du 6 novembre 2023, le BEM a informé l'OAI, que l'issue de l'expertise en rhumatologie et après avoir vu l'assurée, l'experte G_____ avait demandé un volet supplémentaire d'expertise neurologique. À la suite de cette demande, le SMR a désigné le docteur H_____, spécialiste en neurologie, qui a rendu son rapport d'expertise le 25 janvier 2024. L'expert neurologue a retenu les diagnostics incapacitants neurologiques de neuropathie des petites fibres dans le cadre d'une connectivité indifférenciée et de douleur et trouble sensitivomoteur d'origine multiple (somatique et psychologique). L'expert considérait qu'il était peu probable qu'une neuropathie des petites fibres connaisse une évolution favorable tout en relevant que les plaintes étaient vraisemblablement limitées pour ce qui était des conséquences fonctionnelles. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et que, après réentraînement au travail, l'assurée pouvait disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%. L'activité en question devait être sédentaire, essentiellement en position assise, sans engagement physique important, sans port de charges de plus de cinq à dix kg, sans déplacements importants à pied et notamment sans station debout prolongée. Au vu des plaintes exprimées par l'assurée, il convenait également qu'il s'agisse d'une activité relativement simple et répétitive, sans apprentissage important.

j. Le SMR a résumé les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique et de l'expertise mono-disciplinaire neurologique dans son

rapport médical du 7 février 2024 et a pris les conclusions suivantes : le début de l'incapacité de travail durable était fixé à 100% dès novembre 2021, avec une capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse nulle dès 2020 et de 50% dans une activité adaptée, dès 2022, avec réentraînement au travail. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : une activité calme, et des pauses régulières, sans stress, sans tâches simultanées, sans trop d'interactions sociales, un travail exclusivement sédentaire sans port de charges de plus de cinq à dix kg. Le début de la réadaptation était fixé à 2020.

k. Un premier entretien de réadaptation professionnelle s'est déroulé le 7 mai 2024, afin d'examiner les possibilités de réadaptation dans une activité adaptée. Un deuxième entretien a eu lieu le 22 août 2024, avec mandat au SMR d'examiner les nouvelles pièces médicales soumises par l'assurée.

l. Dans son avis médical du 29 août 2024, le SMR a examiné le rapport de la consultation de psychopharmacologie clinique du 22 avril 2024 et a considéré que le traitement antalgique et antidépresseur était jugé satisfaisant depuis l'augmentation des posologies, telle que préconisée par les experts. Le rapport de la consultation d'antalgie ambulatoire du 6 mai 2024 concernant les diagnostics de douleurs chroniques primaires diffuses rappelait que les options thérapeutiques étaient essentiellement non pharmacologiques, soit de l'hypnose, l'acupuncture, la physiothérapie et de l'activité physique. En conclusion, le SMR considérait que les derniers éléments médicaux ne renseignaient pas sur de nouveaux diagnostics, ni sur les éléments objectifs d'autres atteintes que celles qui étaient connues ; les précédentes conclusions du SMR restaient valables.

m. Une mesure de réadaptation professionnelle a été décidée, en accord avec l'assurée, dans le but de constituer progressivement sa capacité de travail par une activité pratique (réentraînement progressif). La réadaptation a été interrompue suite à une incapacité de travail totale, pour raison de maladie, dès le 26 novembre 2024, selon certificat médical du 27 novembre 2024 du Dr B_____. Par communication du 19 décembre 2024, l'OAI a informé l'assurée de l'interruption des mesures professionnelles.

n. Dans son rapport final du 14 avril 2025, la division de réadaptation a rappelé que les mesures professionnelles avaient été rapidement interrompues et que d'autres mesures n'étaient pas indiquées ; dès lors, le mandat de réadaptation professionnelle était clôturé.

o. Dans son tableau de calcul du 14 avril 2025, l'OAI a effectué une comparaison des revenus, en se fondant sur le tableau TA1_tirage_skill_level pour une femme de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022 avec une indexation, selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS), en 2024. Sur la partie professionnelle (90%) la perte de gain s'élevait à 61.46% ; dans les travaux habituels (10%) elle était nulle. Au total, le degré d'invalidité final pour l'assurée, tenant compte de son statut mixte, était de 55.31% arrondi à 55%.

p. L'assurée a communiqué de nouvelles pièces médicales qui ont été examinées par le SMR. Dans son avis médical du 24 juillet 2025, ce dernier a considéré qu'en dépit des nouvelles pièces médicales communiquées, ses précédentes conclusions restaient valables.

q. Un rapport d'enquête économique sur le ménage a été effectué par une infirmière évaluatrice qui a rendu son rapport le 20 octobre 2025, considérant qu'il existait des empêchements avant obligation de réduire le dommage de 9.2% qui correspondait à une obligation de réduire le dommage exigible des membres de la famille, du même taux, ce qui aboutissait à des empêchements dans les activités ménagères, après obligation de réduire le dommage, de 0%. Un nouveau calcul du degré d'invalidité a été effectué le 17 novembre 2025, aboutissant à un degré d'invalidité final pour assurée ayant un statut mixte de 55.21% arrondi à 55%. Par prononcé du 18 novembre 2025, le degré d'invalidité de 55% dès le 1^{er} janvier 2021 avec début de la rente le 1^{er} août 2022 en raison de la demande tardive, a été communiqué à la caisse cantonale genevoise de compensation.

B. a. Par projet de décision du 18 novembre 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui verser 55% d'une rente entière, en raison du taux d'invalidité de 55% retenu et ceci dès le 1^{er} août 2022.

b. Par courrier du 22 janvier 2026, l'assurée a contesté le projet de décision, relevant que les expertises dataient du mois de novembre de 2023, soit près de deux ans avant le prononcé du projet et qu'aucune évaluation consensuelle n'avait pu être établie entre les expertises ; elle a relevé que son médecin traitant psychiatre venait d'établir un diagnostic de troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH) qui n'avait pas été pris en compte par l'OAI.

c. Par décision du 17 mars 2026, l'OAI a communiqué à l'assurée la fixation du montant de la rente, retenant le taux de 55% d'une rente d'invalidité entière et aboutissant à un total de rente mensuelle de CHF 1'662.- tenant compte de la rente invalidité de l'assurée et d'une rente complémentaire pour enfant, liée à la rente invalidité de la mère, versée dès le 1^{er} août 2022.

C. a. Par acte de son mandataire, du 6 mai 2026, l'assurée a interjeté recours par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 17 mars 2026. Elle a conclu à l'annulation partielle de la décision et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière le tout sous suite de frais et dépens. Le recours était justifié par le défaut de valeur probante des expertises sur lesquelles s'était fondé l'intimé pour prendre sa décision, notamment l'absence d'évaluation consensuelle avec l'expert en neurologie. De surcroît, un examen neuropsychologique du 1^{er} avril 2026 mettait en évidence un TDAH dont l'OAI n'avait pas tenu compte.

b. Par réponse du 3 juin 2026, l'OAI a rappelé qu'à teneur du rapport d'expertise bi-disciplinaire la recourante présentait une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. Sur le plan neurologique,

l'expertise montrait que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les rapports d'expertise présentaient une pleine valeur probante ; en l'absence de contradictions, la décision querellée devait être confirmée et le recours rejeté.

c. Par réplique du 23 juin 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions, relevant l'absence de consilium global entre le volet de rhumatologie/psychiatrie d'une part et le volet de neurologie d'autre part. De surcroît, l'OAI avait retenu l'incapacité de travail la plus élevée dans une activité adaptée soit 50% selon l'expertise neurologique au lieu de 30% selon l'estimation des experts en psychiatrie et en rhumatologie, ce qui revenait à additionner des incapacités de travail découlant de différents empêchements, contrairement à la jurisprudence.

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

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

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 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 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé du taux d'invalidité, singulièrement du taux d'incapacité de travail de 55% retenu par l'intimé.

3.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

3.3 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.

3.4 L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.5 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. A 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).

3.6 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 (cf. 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 » (cf. 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).

3.7 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

3.8 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).

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

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.

4.1 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).

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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V

58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

4.4 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. A 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. 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 139 V 176 consid. 5.3).
6. 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).

7. En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante des expertises, notamment en raison du fait qu'il n'y a pas eu d'évaluation consensuelle des experts entre le volet bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique et l'expertise mono-disciplinaire neurologique.

L'intimé allègue que la recourante a fait l'objet d'une évaluation médicale globale et que le fait que les deux experts psychiatres et rhumatologues n'aient pas eu de contact avec l'expert neurologue afin d'effectuer un rapport consensuel global n'enlève rien à la pertinence des évaluations respectives, dès lors que ces dernières ont été effectuées dans les règles de l'art et ne comportent, en l'espèce, pas de contradiction.

7.1 Ce point de vue ne saurait être suivi dès lors qu'en présence d'atteintes à la santé physique et psychique, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.3 et la référence).

Or, cette évaluation globale des troubles de nature psychiatrique, rhumatologique et neurologique n'a pas eu lieu.

Il sied de rappeler que le but des expertises multidisciplinaires n'est pas seulement de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes mais 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. Dès lors que 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références), en l'absence d'évaluation consensuelle globale des trois spécialistes, la chambre de céans n'est pas habilitée à établir les différents taux d'incapacité de travail liés aux limitations résultant des atteintes psychiatriques rhumatologiques et neurologiques.

Partant, à défaut d'évaluation consensuelle globale, la chambre de céans n'est pas en mesure de rendre une décision en ignorant l'incapacité de travail globale de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

7.2 Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, ou 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).

8.

8.1 À l'aune de ce qui précède, la décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il demande aux trois experts d'effectuer une évaluation consensuelle globale quant à la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avant de rendre une nouvelle décision.

8.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

8.3 Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule partiellement la décision de l'intimé du 17 mars 2026, dans la mesure où cette dernière n'octroie pas une rente d'invalidité entière.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'expertise au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Octroie à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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