

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/197/2025

ATAS/649/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} septembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

Représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1971, divorcée, mère d'un enfant né en 2010, originaire du Maroc, citoyenne suisse depuis 1996, a exercé en Suisse une activité de serveuse-vendeuse à 100% dans une chocolaterie, du 9 avril au 27 août 2001, et a été employée, du 15 juillet au 15 octobre 2003, par B_____.
- b.** L'assurée a déposé le 25 juillet 2014 une demande de prestations d'invalidité en raison d'une dépression, en mentionnant une incapacité de travail totale depuis 2003.
- B.** **a.** Les 19 septembre 2014 et 10 septembre 2015, la docteure C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un suivi depuis mars 2009 et d'un trouble dépressif récurrent depuis 1996 avec une capacité de travail nulle depuis 2014 et un état psychique actuel permettant d'envisager une activité professionnelle à 50% dans une activité adaptée, dès septembre 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : thymie fluctuante, fragilité narcissique et sensibilité aux stress environnementaux pouvant engendrer angoisse et tension psychique, troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire de fixation et troubles légers du sommeil.
- b.** Les 2 février et 26 juin 2015, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'un suivi depuis 2005 et d'un état dépressif majeur avec somatisations multiples. L'assurée présentait aussi des gonalgies chroniques. La capacité de travail était nulle depuis 2003 mais une reprise de travail progressive (à 50%) était souhaitable (domaine de la couture ou d'aide de cuisine).
- c.** À la demande de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu le 19 décembre 2016 un rapport d'expertise, posant le diagnostic incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte dès l'année 2000. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle pour encore une année, puis de 100%.
- d.** Le 9 février 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler de 2004 à août 2014 et capable de travailler à 50% dans toute activité dès septembre 2014.
- e.** Le 7 mars 2017, l'OAI a retenu un statut d'active de l'assurée.
- f.** Du 20 novembre 2017 au 25 février 2018, l'assurée a bénéficié d'un réentrainement au travail auprès de G_____ Entreprise sociale privée (ci-après : G_____). Le rapport d'évaluation de G_____, du 20 mars 2018, mentionne beaucoup d'absences de l'assurée (justifiées par son état de santé) et une impossibilité d'augmenter son taux d'activité.

Du 9 avril au 1^{er} juillet 2018, l'assurée a suivi un deuxième réentrainement au travail. Le rapport d'évaluation de G_____, du 3 juillet 2018, mentionnait un faible taux de présence empêchant une progression ; une prise en charge médicale devait être effectuée avant toute mesure d'ordre professionnel. Le 6 août 2014, le mandat de réadaptation a été clos.

g. Le 20 août 2018, le docteur H_____, spécialiste en médecine interne, immunologie et allergologie, a attesté d'eczéma, xérose cutanée et asthme ; la capacité de travail était de 100% hors contact avec les poussières de carton.

h. Le 13 septembre 2018, la docteure I_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a attesté de gonalgies, cervicolombalgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique diffus et suspicion de polyarthrite rhumatoïde, avec une capacité de travail de 100% dans un travail léger, avec alternance des positions.

i. Le 29 octobre 2018, la Dre C_____ a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, entraînant une capacité de travail nulle, sous réserve d'une activité en atelier protégé.

j. À la demande de l'OAI, le docteur J_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, ont rendu un rapport d'expertise le 22 août 2019 suite à l'examen de l'assurée du même mois, concluant à des diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de discrète gonarthrose droite avec enchondrome du fémur distal et ténosynovite de la gaine des péroniers. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était totale dès 2003, dans une activité adaptée (pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 30 minutes et pas de travail en hauteur). Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle dès le 1^{er} mars 2009, de 50% dès le 1^{er} septembre 2014 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2018.

k. Le 2 juillet 2020, le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté de douleurs aux genoux non incapacitantes et le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a posé le diagnostic, le 24 juillet 2020, de tendinopathie de la patte d'oie non incapacitante.

l. Le 20 septembre 2020, le SMR a retenu une capacité de travail de 50% dès 2014 dans toute activité et de 100% dès le 1^{er} janvier 2018 dans une activité adaptée, avec une capacité de travail nulle de juillet à novembre 2019 en raison d'une thrombose veineuse profonde. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position debout prolongée, pas de port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive, pas de position à genoux et de montées et descentes d'escaliers à répétition.

m. Le 8 octobre 2020, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de la recourante à 55%, compte tenu d'une activité exigible de 50%, et ensuite à 10%, compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le revenu avant et après invalidité était identique et un abattement de 10% était appliqué sur celui-ci.

n. Par projet de décision du 14 octobre 2020 et décision du 23 juin 2021, l'OAI a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 55%.

o. Le 23 août 2021, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 23 juin 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2018. C'était de façon arbitraire que l'intimé retenait une capacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2018 ; le rapport d'expertise du SMR n'était pas probant, compte tenu de l'échec de la mesure de réentraînement au travail et de l'avis de sa psychiatre traitante. Le 20 septembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du SMR était probante.

p. Le 14 mars 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle souffrait de polyarthrite rhumatoïde, confirmée par le docteur N_____, spécialiste en rhumatologie.

q. Le 4 avril 2022, la recourante a persisté dans son recours et produit :

- un rapport du Dr N_____ du 28 juin 2019, excluant à une polyarthrite rhumatoïde et relevant quelques lésions d'arthrose ;
- un rapport de la Dre I_____ du 31 mars 2022, attestant d'un syndrome douloureux chronique diffus et de l'absence de polyarthrite rhumatoïde ; elle ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de la recourante car elle l'avait très peu vue ; l'assurée ne pouvait effectuer un travail lourd et répétitif ; le problème était plutôt psychiatrique et social.

r. Le 29 avril 2022, la recourante a relevé que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis janvier 2018 et produit un rapport du 14 avril 2022 du Dr D_____ posant les diagnostics de syndrome douloureux diffus, de gonalgie droite sur un enchondrome du fémur distal droit, de cellulite plantaire, de tendinopathies des deux épaules, de lombalgies et cervicalgies chroniques, de tendinite du poignet gauche, d'eczéma de contacts, de troubles digestifs, de rhinosinusite chronique, d'hypercholestérolémie et surcharge pondérale, d'embolie pulmonaire en 2019, de douleurs thoraciques gauches atypiques, de chondrite chronique, de syndrome Teitze, de migraine chronique, de cholécystectomie en 2019 et d'état dépressif majeur avec anxiété généralisée, aggravé depuis 2018. Une réinsertion à un taux de 50% restait envisageable.

s. Le 5 mai 2022, le SMR a observé que les atteintes décrites par le Dr D_____ étaient connues des experts en 2019, hormis la tendinite du poignet gauche,

laquelle était postérieure à la décision litigieuse et le 17 mai 2022, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

t. À la demande de la chambre de céans, la Dre C_____ a donné des renseignements complémentaires le 19 septembre 2022. Elle suivait l'assurée depuis 2009 ; son développement psychoaffectif avait été entravé et créait une position structurelle de dépendance à son entourage avec, en raison de deuil, séparation et conflits, l'apparition de dépression, somatisation et addictions ; elle avait souffert d'alcoolisme de l'âge de 25 ans à 38 ans, de dépression sévère à l'âge de 25 ans, 30 et 38 ans ; elle présentait un cortège de symptômes anxiodépressifs chroniques, avec une forte composante somatique ; la reprise d'activité réactivait des angoisses ; il existait une instabilité psychique incompatible avec le marché du travail, la capacité de travail étant nulle, le stage chez G_____ avait conduit à une incapacité d'effectuer même un stage en entreprise et la pandémie avait aggravé l'état de santé de l'assurée, qui cohabitait avec sa fille, atteinte d'un trouble envahissant du développement et de trouble du comportement ; elle n'était pas d'accord avec l'appréciation de la Dre K_____ quant à une capacité de travail de 100% depuis janvier 2018.

u. Le 3 octobre 2022, le SMR a considéré qu'il ne pouvait suivre les conclusions de la Dre C_____ et l'OAI s'est rallié le 4 octobre 2022 à cette appréciation.

v. Le 11 octobre 2022, l'assurée a observé que son état de santé somatique et psychique ne s'était pas amélioré le 1^{er} janvier 2018 et a confirmé ses conclusions.

w. Par ordonnance du 7 mars 2023, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire au docteur O_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en relevant que les avis des Dres C_____ et K_____ étaient diamétralement opposés et, le 2 mai 2023, celui-ci a rendu son rapport d'expertise, concluant à l'absence de diagnostic psychiatrique ; le *status* médical ne contenait pas d'élément de gravité renvoyant vers la notion de handicap ; il existait un fond thymique avec risque d'exacerbation des symptômes, non incapacitant. Il rejoignait les descriptions et les conclusions de la Dre K_____.

x. Par arrêt du 30 juin 2023 (ATAS/537/2023), la chambre de céans a rejeté le recours, en considérant que l'expertise judiciaire psychiatrique était probante et que, du point de vue somatique, l'expertise du Dr J_____ pouvait être confirmée.

C. a. Le 11 janvier 2024, l'assurée, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), a déposé une nouvelle demande de prestations, en communiquant :

– Un rapport du 30 octobre 2023 du Dr L_____, attestant d'un suivi depuis 2009 pour des douleurs chroniques du genou, des épisodes de sciatique récurrente et une tendinopathie plantaire. Une lésion du court péronier était en cours de traitement. Elle ne pouvait pas travailler comme serveuse et il serait intéressant de tenter une reconversion professionnelle.

- Un rapport du 3 novembre 2023 du Dr N_____, posant les diagnostics de tendinopathies chroniques des moyens fessiers prédominant à gauche, de gonalgies droites chroniques liées à une chondropathie fémoro-patellaire, de méniscopathie interne, d'enchondrome du fémur distal droit, de rachialgies communes diffuses prédominant sur le segment lombaire, d'une probable tendinopathie des épaules, d'une légère arthrose digitale et d'un *status* après une entorse de la cheville droite en 2023, avec une lésion du tendon court fibulaire droit. L'association de ces problèmes conduisait à des limitations et à l'impossibilité à effectuer des activités nécessitant des ports de charges lourdes, des travaux avec les bras en hauteur, des positions debout prolongées plusieurs heures par jour, des marches prolongées, des mouvements répétitifs du rachis, des positions accroupies / agenouillées, des montées / descentes d'escaliers fréquentes, l'utilisation d'une échelle / escabeau. Dans un travail adapté, la capacité de travail était de 50%.
- Un rapport du 18 décembre 2023, du Dr D_____, relevant un état stationnaire malgré les traitements, avec des douleurs de plus en plus invalidantes liées aux tendinopathies chroniques des épaules, poignets, des moyens fessiers, du genou droit ainsi que des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires. Au vu de ce syndrome douloureux diffus, la capacité de travail ne dépassait pas 50%.

b. Le 12 mars 2024, le SMR a estimé qu'une expertise rhumato-psychiatrique était nécessaire.

c. À la demande de l'OAI, le BUREAU D'EXPERTISES MEDICALES (ci-après : BEM ; docteurs P_____, spécialiste en rhumatologue, et Q_____, spécialiste en psychiatrie) a rendu une expertise bidisciplinaire le 16 octobre 2024. Du point de vue somatique, l'assurée présentait une ténosynovite du court péronier du côté gauche (M76.7), une tendinopathie du moyen fessier sur le grand trochanter à gauche (M76), une douleur lombaire, sans irradiation, sur discopathie, sans signe de compression disco-radulaire (M54.5), un syndrome fémoro-patellaire du genou droit avec légère fissure cartilagineuse (M22.2), un enchondrome du fémur distal droit, sans changement sur les examens de contrôle et sans conséquence (Q78.4) et une constatation anatomique d'une fissuration non-transfixiante du supra-épineux de l'épaule gauche avec légère bursite, sans constatation de douleur à l'examen clinique (M75.1).

La capacité de travail dans l'activité antérieure de vendeuse était nulle depuis 2003 et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste prolongés, port de charge proche du corps limitée à 10 kg, pas de position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes d'escalier répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret), pas de marche sur terrain irrégulier, pas d'effort du membre supérieur gauche isolé au-delà de la ligne des épaules et changement de position régulier.

Du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucun diagnostic incapacitant et un diagnostic non incapacitant de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, usage nocif pour la santé. La capacité de travail était totale au moins depuis juin 2021.

d. Le 21 octobre 2024, le SMR a estimé que l'expertise du BEM était probante et a conclu à une capacité de travail de l'assurée nulle comme vendeuse en boutique et de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018.

e. Par projet de décision du 31 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

f. Le 16 novembre 2024, le Dr N_____ a estimé qu'il y avait des arguments en faveur d'une fibromyalgie. Les différents troubles lui faisaient plutôt envisager une capacité de travail de 50% avec une performance de 80%.

g. Le 19 novembre 2024, le Dr N_____ a indiqué que selon les nouveaux critères diagnostics de la fibromyalgie, un tel diagnostic était retenu.

h. Le 23 novembre 2024, la Dre C_____ a estimé que l'expert Q_____ aurait dû procéder à l'expertise avec un traducteur en langue arabe. Ni les médecins traitants, ni les précédents experts n'avaient relevé de consommation d'alcool. Un traitement par un autre antidépresseur avait été testé en 2023, sans succès, ce que l'expert ne mentionnait pas. L'expert avait procédé à un examen biaisé. L'assurée présentait un trouble somatoforme dont les manifestations physiques et psychiques entraînaient une incapacité de travail totale.

i. Le 28 novembre 2024, l'assurée, représentée par ASSUAS, a contesté le projet de décision, en relevant notamment qu'un traducteur aurait dû intervenir lors de l'expertise psychiatrique.

j. Par décision du 10 décembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se ralliant à un avis du SMR du 10 décembre 2024, selon lequel aucun nouvel élément médical n'était versé au dossier et l'expert avait pu réaliser son expertise même en l'absence de traducteur.

D. a. Le 17 janvier 2025, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en faisant valoir une incapacité de travail totale selon les rapports médicaux de ses médecins traitants et l'absence de valeur probante de l'expertise du BEM.

b. Le 13 février 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ressortait de l'expertise du BEM qu'un traducteur n'était pas nécessaire et les médecins traitants n'apportaient pas d'élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions des experts.

c. Le 7 avril 2025, la recourante, représentée par un avocat, a répliqué, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle avait demandé un interprète lors de l'expertise du BEM, ce qui lui avait été à tort refusé et

constituait une violation de son droit d'être entendue. Dès 2006, son état de santé s'était aggravé. L'expertise psychiatrique n'était pas probante. Une large batterie de rapports médicaux établissait son incapacité à s'épanouir sans contrainte dans une activité professionnelle. Elle était totalement incapable de travailler. L'audition de ses médecins traitants s'imposait.

Elle a communiqué :

- Un rapport du 5 mars 2025 de consultation de psychopharmacologie clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour une prise en charge de sevrage de venlafaxine dans un contexte de vomissement.
- Un rapport du 7 mars 2025 du service des urgences des HUG, attestant d'une prise en charge le 28 février 2025 pour des douleurs et pour œdème d'un membre.
- Un rapport de scanner thoraco-abdominal du 10 mars 2025.
- Un rapport d'échographie thyroïdienne du 11 mars 2025, attestant d'un goitre thyroïdien avec de multiples nodules.
- Un rapport d'IRM abdominale du 19 mars 2025, attestant d'un nodule au psoas droit et en arrière du côlon.

d. Le 29 avril 2025, l'intimé a dupliqué, en se ralliant à un avis du SMR du 23 avril 2025, selon lequel les derniers éléments médicaux transmis n'étaient pas de nature à modifier son avis du 21 octobre 2024.

e. Le 2 juin 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a indiqué qu'elle contestait les conclusions de l'expertise du BEM, tant rhumatologiques que psychiatriques.

f. Le 4 août 2025, la recourante a communiqué les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 15 avril 2025 du Dr N_____, attestant d'une fibromyalgie.
- Un rapport d'IRM cérébrale du 22 avril 2025, concluant à une progression des anomalies de signal de la substance blanche et du genou du corps calleux.
- Un rapport de la docteure R_____, spécialiste en médecine interne générale, du 5 juin 2025. Elle suivait la recourante depuis le 13 février 2025, qu'elle avait vue de nombreuses fois (22). Elle avait présenté une embolie pulmonaire le 26 février 2025. Il convenait d'investiguer une maladie immunologique. Elle présentait des lésions cérébrales (selon l'IRM), avec suspicion d'une sclérose en plaques, ainsi que des céphalées quotidiennes, une dyspnée d'effort (asthme allergique avec possible BPCO), des épigastralgies avec un reflux gastro-œsophagien, un nodule rétropéritonéal étroit en cours d'examen histopathologique. La combinaison des symptômes avait un impact majeur sur la fonctionnalité de la recourante au quotidien.

- Un rapport du Dr N_____ du 7 juin 2025, attestant de l'exclusion d'une polyarthrite rhumatoïde et de la présence de signes en faveur d'une légère arthrose digitale. Il convenait de connaître la nature du nodule avant d'affirmer, comme le faisait le SMR, qu'il ne représentait pas une atteinte durablement incapacitante. S'il était cancéreux, il faudrait réévaluer son caractère incapacitant. Elle avait présenté des tendinopathies des épaules et des fessiers. Elle présentait une fibromyalgie, selon les nouveaux critères de diagnostic. La capacité de travail était de 50%, avec une performance de 80%, dans un emploi adapté. Il retenait, en sus des diagnostics de l'expertise, une tendinopathie du moyen fessier droit, une légère arthrose digitale et une fibromyalgie.
- Un rapport de la Dre C_____ du 16 juin 2025, attestant d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble somatoforme totalement incapacitants.
- Un rapport du 10 juillet 2025 de la Dre R_____, mentionnant un résumé de prise en charge et un nodule rétropéritonéal sans argument pour un lymphome (juin 2025).

Elle a requis l'audition comme témoin de la Dre R_____ et l'ordonnance d'une contre-expertise.

g. Le 19 août 2025, le SMR a rendu un avis médical. La Dre R_____ faisait état d'investigations médicales. Le Dr N_____ n'apportait pas de nouvel élément médical par rapport à l'expertise rhumatologique. La Dre C_____ ne qualifiait pas la sévérité du trouble dépressif et notait des éléments anxieux, ce qui rentrait plutôt dans le cadre d'un trouble anxiodépressif peu incapacitant. Aucune atteinte neurologique n'était retenue. Aucune atteinte durablement invalidante n'avait été mise en évidence. Le SMR a confirmé son avis du 21 octobre 2024.

h. Le 21 août 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

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 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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

En l'occurrence, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 11 janvier 2024, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 23 juin 2021.

3.

3.1 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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les

faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

3.3 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :

- subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
- atteint 100%.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un

examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

3.4 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

4.

4.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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).

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

4.3 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).

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

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

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies

psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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.

5.3 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).

5.4 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la

pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

5.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5.7 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

6. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du BEM pour retenir une capacité de travail totale de la recourante, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} janvier 2018.

6.1 Du point de vue somatique, l'expertise rhumatologique du BEM, fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, les plaintes de la recourante, la description d'une journée-type, le traitement prodigué, un *status* rhumatologique, des diagnostics clairs et une évaluation convaincante de la capacité de travail de la recourante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

6.1.1 La recourante reproche à l'expertise rhumatologique du BEM, en se prévalant des rapports du Dr N_____ des 16 et 19 novembre 2024, 15 avril et 7 juin 2025, ainsi que du rapport de la Dre R_____ du 5 juin 2025, de ne pas avoir retenu un diagnostic de fibromyalgie et d'avoir estimé la capacité de travail comme étant totale (depuis janvier 2018).

À cet égard, la chambre de céans constate que le Dr J_____, dans son expertise du 22 août 2019, jugée probante par la chambre de céans, avait déjà retenu un diagnostic de fibromyalgie, en application des critères révisés en 2016 de l'ACR 2010, jugé non incapacitant par les experts du SMR (expertise du SMR du 22 août 2019, pp. 15 et 19). L'experte psychiatre du SMR avait en effet indiqué que le diagnostic de fibromyalgie, posé par le rhumatologue, devait être examiné selon les indicateurs jurisprudentiels actuels, qu'aucune morbidité psychiatrique n'était mise en évidence, que les ressources disponibles et mobilisables de l'assurée étaient conservées et que ce diagnostic ne présentait donc pas de caractère incapacitant. Cette absence de caractère incapacitant a également été confirmée par l'expert judiciaire O_____.

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations de la recourante, il convient d'examiner si l'état de santé somatique de celle-ci s'est aggravé depuis la décision de l'intimé du 23 juin 2021. Or, la seule invocation du diagnostic de fibromyalgie, déjà retenu dans le cadre de la première procédure, est insuffisant pour admettre une telle aggravation, ce d'autant qu'aucun rapport médical au dossier, dont ceux du Dr N_____, ne fait état d'une aggravation des symptômes de la fibromyalgie, de telle manière qu'elle aurait, depuis juin 2021, une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Le fait que le Dr N_____ relève, en novembre 2024, la présence « depuis plusieurs mois » d'une fibromyalgie ne permet pas encore d'établir que celle-ci, déjà attestée par le Dr J_____ en 2019, se serait aggravée, ce d'autant que les douleurs dans tout le corps évoquées par le Dr N_____ (rapport du 16 novembre 2024) étaient déjà signalées par la recourante en 2019, soit antérieurement à la décision de l'intimé du 23 juin 2021. L'avis du Dr N_____ quant à une capacité de travail de la recourante de 50% avec une performance de 80% dans un emploi adapté, n'est pas motivée autrement que par la présence de la fibromyalgie, ce qui n'est, dans ce contexte, pas suffisamment probant (avis du Dr N_____ du 7 juin 2025). Quant à l'avis succinct du

Dr D_____, lequel n'est pas rhumatologue, attestant le 18 décembre 2023 d'une fibromyalgie depuis 2016, avec des douleurs de plus en plus invalidantes au niveau des épaules, poignets, genoux, cervicales et lombaires, est insuffisant pour établir une fibromyalgie incapacitante. Enfin, l'avis du Dr L_____ du 30 octobre 2023, mentionne des douleurs récurrentes et chroniques depuis plus de dix ans, sans faire valoir une aggravation de cette symptomatologie depuis juin 2021.

Ainsi, même s'il fallait conclure que l'expertise rhumatologique du BEM a omis, à tort, de retenir un diagnostic de fibromyalgie, aucun élément au dossier ne permet d'établir une aggravation, depuis juin 2021, de cette symptomatologie, étant relevé que le constat d'une absence de douleurs à la palpation et de signes de Wadell au jour de l'expertise du BEM, va également dans le sens d'une absence d'aggravation de cette pathologie (rapport d'expertise rhumatologique du BEM, p. 13). En outre, comme relevé par le SMR (avis du 23 avril 2025), les dernières pièces médicales transmises par la recourante n'établissent pas d'atteinte durablement incapacitante, ce que la recourante ne prétend d'ailleurs pas.

S'agissant du rapport de la Dre R_____ du 5 juin 2025, comme relevé par le SMR, il évoque les nombreuses investigations médicales effectuées par la recourante sans qu'un diagnostic incapacitant en résulte.

6.1.2 Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne permet d'établir une aggravation de l'état de santé somatique de la recourante depuis le 23 juin 2021, date de la dernière décision de l'intimé, fondée sur l'expertise bidisciplinaire du SMR du 22 août 2019.

En conséquence, il sera renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition des Drs R_____ et N_____.

6.2 Du point de vue psychiatrique, l'expertise psychiatrique du BEM du Dr Q_____, fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes de la recourante, le traitement prodigué, des constatations objectives, un *status* psychiatrique et une appréciation de la capacité de travail, répond *prima facie* aux réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. La recourante fait valoir les avis de la Dre C_____ des 23 novembre 2024 et 16 juin 2025 pour contester cette évaluation.

Cette expertise présente toutefois une motivation peu claire du diagnostic non incapacitant retenu et peu convaincante lorsqu'elle qualifie la recourante de peu authentique.

6.2.1 S'agissant du diagnostic de troubles mentaux du comportement lié à l'utilisation d'alcool, usage nocif pour la santé, l'expert Q_____ explique en effet qu'il n'est jamais évoqué dans le dossier, que le dosage révèle une faible consommation et qu'aucun élément en faveur d'un syndrome de sevrage n'est présent (expertise psychiatrique, p. 31). À l'anamnèse psychiatrique, l'expert mentionne que la recourante dit avoir arrêté l'alcool, incompatible avec ses

traitements (expertise psychiatrique, p. 27). Nonobstant ces éléments, l'expert Q_____ considère que la recourante a caché sa consommation d'alcool à l'anamnèse (expertise psychiatrique, pp. 31-32), ce que la Dre C_____ conteste, en relevant que le résultat du dosage (Peth) pouvait s'expliquer par une consommation d'alcool par le biais de médicaments.

La chambre de céans constate à cet égard que l'expert E_____ avait mentionné qu'au niveau des consommations, l'assurée avait consommé d'avantage d'alcool depuis la mort de son père en 1995, et notamment après sa rupture affective en 2000 (une bouteille de vin, quelques verres d'alcool fort et 2 bières par jour). L'assurée relevait que cette consommation s'était arrêtée complètement en 2006-2007. Actuellement, elle n'avait aucune consommation d'alcool (expertise du Dr E_____ du 19 décembre 2016, p. 5). Il relevait que la recourante ne présentait pas de signe de consommation de substance psychoactive (expertise du Dr E_____ du 19 décembre 2016, p. 9). Quant à l'expert du SMR, il avait, dans le même sens, relevé qu'après une consommation excessive entre 2000 et 2006, la recourante était complètement abstinente depuis cette date. Il a précisé que concernant la consommation d'alcool et le diagnostic de troubles mentaux et du comportement en lien avec son utilisation, il n'était plus d'actualité depuis plusieurs années. La consommation d'alcool excessive l'avait été de manière réactionnelle au décès du père de l'assurée, puis à une rupture sentimentale. Il s'agissait d'une sorte d'automédication pour faire face à une situation émotionnellement insupportable et anxiogène. La consommation de l'époque était donc à considérer comme secondaire. Ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant (expertise du SMR du 22 août 2019, p. 19). La chambre de céans constate que l'expert O_____ avait exclu des symptômes actuels de consommation de substances, en ne relevant que des antécédents existentiels (expertise du Dr O_____ du 2 mai 2023, pp. 8 et 18). Enfin, la Dre C_____, qui suit la recourante depuis 2009, a contesté une rechute de consommation d'alcool depuis l'arrêt de celle-ci en 2006 (avis de la Dre C_____ du 23 novembre 2024).

Au demeurant, l'expert Q_____ n'a pas tenu compte des pièces médicales présentes au dossier attestant d'une abstinence depuis 2006 et ne fait pas état d'une rechute de consommation d'alcool qui expliquerait le diagnostic qu'il retient. Son analyse est incomplète, ce d'autant que si, comme il l'allègue, une consommation d'alcool cachée par la recourante, était à nouveau présente, il pourrait s'agir d'un élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, que le Dr Q_____ aurait dû discuter.

6.2.2 L'expert Q_____ estime par ailleurs que la recourante est peu authentique (expertise, p. 39).

Or, l'expert O_____ a jugé la recourante authentique (expertise, p. 16). Quant à l'expert E_____, il n'a pas souligné d'incohérence ou de manque d'authenticité. S'agissant de l'expert du SMR, il a relevé qu'il y avait une bonne cohérence entre les symptômes, le comportement et les activités de la vie quotidienne (expertise

du SMR du 22 août 2019, p. 19). Enfin, la Dre C_____ a indiqué que la recourante était authentique.

L'appréciation isolée de l'expert Q_____ quant au caractère peu authentique de la recourante n'est ainsi pas convaincante.

6.2.3 Enfin, l'évaluation de l'expert Q_____ est sérieusement remise en question par l'appréciation de la psychiatre traitante de la recourante, laquelle relève, dans son dernier rapport du 16 juin 2025, des éléments anxieux et dépressifs au premier plan, des troubles du sommeil majeurs, des ruminations incessantes, un repli personnel et social avec une vie social inexistante, conduisant à une incapacité de travail totale de la recourante.

6.3 Au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante ne peut être reconnue au rapport d'expertise du Dr Q_____.

Une éventuelle aggravation significative de l'état de santé psychique de la recourante, depuis le 23 juin 2021, doit être investiguée.

7. Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour la mise sur pied d'une expertise psychiatrique auprès d'un nouvel expert.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 12 décembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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