RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2812/2020 **ATAS/635/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à MEYRIN, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1989, naturalisée suisse le 7 décembre 2004, mère de deux enfants, nées le _____ 2014, respectivement le _____ 2020, au bénéfice d'un certificat de capacité de polisseuse, a travaillé à plein temps en qualité d'opératrice de décoration auprès d'une entreprise d'horlogerie dès le 1er janvier 2009.

2. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du 9 novembre 2016 a mis en évidence deux hernies discales minimes médianes en D11-D12 et L4-L5 dans un contexte de discopathie avec dessiccation discale, à distance de l'émergence des racines, ainsi qu'un important pincement intersomatique en L5-S1 avec hernie paramédiane gauche venant au contact de la racine S1 gauche dans son récessus et pouvant, à ce niveau, entraîner un conflit disco-radiculaire.

3. Dans un rapport du 11 janvier 2017, le docteur B_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral à fort risque de chronicité. L'assurée se plaignait de lombalgies depuis l'adolescence, devenues constantes depuis six à douze mois avec une importante perturbation la nuit (elle devait se lever pour marcher) et une irradiation dans la jambe gauche sous forme de décharges et fourmillements fugaces. Elle avait également présenté un épisode de blocage de deux semaines. La position assise et la marche tranquille étaient limitées à trente-soixante minutes. L'assurée évitait de nombreux mouvements de flexion et ne portait pas les courses ni sa fille. À l'examen clinique, le médecin a constaté une importante dysfonction musculaire, des signes de sensibilisation centrale et d'importants facteurs de risque de chronicité sous forme de décompensation anxio-dépressive. À ce stade, il ne préconisait pas une prise en charge multidisciplinaire. Il avait prescrit des séances de physiothérapie à sec et en piscine, ainsi que l'introduction d'un traitement médicamenteux afin d'améliorer le sommeil, d'encourager l'activité et de diminuer la kinésiophobie.

4. Dans un certificat du 13 mars 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une capacité de travail nulle dès cette date pour une durée probable jusqu'au 20 mars 2017.

5. Dans un rapport du 19 juin 2017, le docteur D_____, médecin praticien FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une lombalgie basse et des hernies discales L4-S1 qui limitaient les mouvements et les positions fixes prolongées. Le status neurologique était normal. L'assurée présentait une douleur importante à la palpation de la musculature fessière gauche. Il avait attesté d'une incapacité de travail totale du 20 mars au 17 avril 2017, de 50% du 18 avril au 11 juin 2017, et totale depuis le 12 juin 2017 pour une durée indéterminée.

6. Le 31 août 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

7. Dans un rapport du 1er septembre 2017, la doctoresse E_____, spécialiste en rhumatologie auprès de la clinique Corela, qui avait examiné l'assurée le 18 août 2017 à la demande de l'assureur perte de gain maladie, a posé les diagnostics d'inflammation du tendon du muscle moyen glutéal gauche, de dégénérescence discale L5 à S1 avec hernie paramédiane gauche, de petite hernie discale L4 à L5 médiane et de hernie discale médiane minime en D11 à D12. L'assurée devait éviter la station assise prolongée – cette restriction était importante dans l'activité habituelle réalisée essentiellement dans cette position, mais temporaire dans l'attente de l'infiltration que l'experte recommandait, voire de la corticothérapie per os –, le travail en porte-à-faux lombaire et le port de charges de 10 kg – sollicitations non rencontrées dans l'activité habituelle. La capacité de travail était nulle dès le 18 août 2017, de 50% dès le 15 septembre 2017 et totale dès le 15 octobre 2017.

8. Par courrier du 14 septembre 2017, le Dr B_____ a critiqué ce rapport d'expertise. Les traitements classiques n'avaient pas amélioré la capacité fonctionnelle de l'assurée. Outre les difficultés à la marche, les douleurs et le syndrome lombo-vertébral étaient décompensés lors des positions statiques assises que celle-ci était obligée d'adopter en continu dans son activité habituelle. Un nouveau traitement venait d'être mis en place, comprenant des approches physiothérapeutiques multiples, des séances d'éducation thérapeutique, des séances de psychomotricité, de l'ergonomie rachidienne et un suivi psychologique, qui ne pourrait se poursuivre de façon optimale en cas de reprise professionnelle. Le traitement de corticothérapie per os proposé par l'experte n'était pas efficace en présence d'un syndrome lombo-vertébral aigu ou chronique, pas plus que ne l'était l'infiltration de cortisone à l'insertion du tendon du moyen fessier.

9. Par lettre du 5 octobre 2017, l'assureur perte de gain maladie a admis une incapacité de travail totale jusqu'à la fin du nouveau traitement, initié début septembre pour une durée de deux mois. Les indemnités journalières seraient versées à 100% jusqu'au 31 octobre 2017, voire au-delà selon l'évolution de la situation médicale.

10. Par communication du 21 novembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail, en indiquant qu'il assurerait le suivi de la reprise de son activité habituelle à 50% depuis le 27 novembre 2017 en prenant régulièrement contact avec elle et/ou son employeur et, au besoin, en mettant rapidement en place les moyens adaptés pour permettre le bon déroulement de cette reprise.

11. Dans un rapport du 11 décembre 2017 relatif au programme multidisciplinaire auquel avait participé l'assurée, le Dr B_____ a mentionné que malgré l'absence de modifications importantes des douleurs, il avait constaté une évolution favorable sur les capacités fonctionnelles (moins de boiterie, meilleur équilibre). Une reprise de travail était possible, mais la situation restait extrêmement précaire. La poursuite d'une prise en charge multidisciplinaire (physique, psychologique,

ergothérapeutique) était indispensable, de même que la transition vers une prise en charge psychologique individuelle.

12. Par communication du 12 février 2018, l'OAI a avisé l'assurée qu'il prendrait en charge les frais de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une évaluation ergonomique du poste de travail.

13. Dans un rapport du 21 février 2018, le Dr D_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une lombalgie basse, un lumbago avec sciatique, une hernie discale D11-D12 et L4-L5, et une discopathie dégénérative L4 à S1. La capacité de travail de l'assurée était de 50% dans l'activité habituelle (mais le pronostic était réservé à long terme), et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter la position assise ou debout plus de deux heures, et celle sollicitant la charnière lombaire, le port de charges, se pencher en avant) − à vérifier lors d'un stage d'orientation, aux termes d'un rapport séparé du même jour, dans lequel il était également indiqué que l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques proprement dits, mais qu'elle était affectée psychiquement par les douleurs et les limitations que celles-ci engendraient.

14. Par communication du 12 mars 2018, l'OAI a pris en charge un coaching professionnel à raison de douze séances à répartir entre le 5 mars et le 30 juin 2018.

15. L'IRM du bassin du 28 mars 2018 a conclu à l'absence d'anomalie morphologique ou de signal des deux articulations sacro-iliaques pour une sacro-iléite, ainsi qu'à l'absence d'enthésite.

16. Le 16 mai 2018, l'assurée a informé l'OAI être en incapacité de travail totale depuis le 12 mai 2018 suite à un blocage du dos.

17. Par communication du 4 juillet 2018, l'OAI a pris en charge les frais d'une chaise ergonomique.

18. Dans un rapport du 5 juillet 2018, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, marquée par des blocages récidivants pouvant durer jusqu'à une semaine avec de plus en plus de difficulté à supporter la médication et par l'apparition d'une irradiation douloureuse dans le pli inguinal. Au status, l'assurée marchait avec une jambe raide et utilisait une canne lors de grands déplacements. Elle s'asseyait en décharge de la fesse droite et ne pouvait pas rester dans cette position plus de dix à quinze minutes. L'examen passif montrait une limitation de la flexion de la hanche à 90°, sans reproduction de la douleur inguinale. Les manœuvres pour les sacro-iliaques étaient indolores. La capacité de travail était nulle dans toute activité à l'heure actuelle au vu du handicap fonctionnel en position debout et assise et lors de la marche. Le pronostic était défavorable à court et moyen terme avec l'intrication d'éléments somatiques et psychiques. L'assurée, qui présentait une atteinte importante de la thymie, recherchait un psychiatre proche de son domicile.

19. Par communication du 28 août 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures d'intervention précoce, ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, n'étaient actuellement pas indiquées.

20. Dans un rapport du 25 octobre 2018, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et celui, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger (F32.0). L'assurée se montrait désemparée face à ses douleurs et devait bouger régulièrement lors des entretiens bimensuels. Elle était très soucieuse quant aux difficultés que ses douleurs engendraient sur son quotidien, son ménage et son entourage. Elle avait du mal à envisager de ne plus pouvoir travailler, se sentant inutile et exclue de la société. Elle se culpabilisait vis-à-vis de sa fille et de sa famille (sa mère gardait la fille la journée, son père l'aidait à porter les courses). Elle avait une thymie triste et pleurait beaucoup. Elle était en colère contre son époux qui ne faisait plus d'effort pour la soutenir et qui désirait un second enfant, ce dont elle s'estimait incapable en raison de ses douleurs. La psychiatre n'a émis aucun pronostic sur la capacité de travail de l'assurée, au motif qu'elle avait débuté le suivi depuis peu de temps le 10 juillet 2018.

21. L'assureur perte de gain maladie a mandaté les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise bi-disciplinaire. Le premier a examiné l'assurée le 7 octobre 2018 et le second le 13 décembre 2018.

    Dans son rapport du 19 février 2019, le Dr G_____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une discopathie L4-L5 et L5-S1 modeste. Dans la mesure où l'assurée bénéficiait d'une chaise ergonomique et pouvait alterner les positions de tronc, sans port de charges significatives dans son activité habituelle, sa capacité de travail était estimée à 60%, pouvant être augmentée de 20% par mois. Dans une activité adaptée, telle que la surveillance, l'accueil, la vente ou le magasinage d'objet ou de nourriture légère, permettant l'alternance des positions assise et debout, la limitation des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, et l'utilisation de la chaise ergonomique, sa capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 10% de manière transitoire pendant trois mois en raison de la longue inactivité professionnelle. L'expert proposait une prise en charge physiothérapeutique à moyen, voire long terme, pour éviter tout déconditionnement musculaire, une médication décontracturante, ainsi que l'emploi d'une ceinture lombaire.

    Dans son rapport du 14 mars 2019, le Dr H_____ a quant à lui retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxio-dépressif réactionnel subclinique ou en rémission et de personnalité avec des traits histrioniques avec une tendance à la dramatisation et une dépendance à

l'environnement familial. L'assurée avait réalisé les tests psychométriques sans difficulté. Il existait une très mauvaise discordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, massivement surcotés. L'assurée exerçait encore des activités spontanées : elle s'occupait de sa fille vers 16h, jouait avec elle après le repas avant de la coucher, regardait la télévision, gérait ses soins personnels et ses déplacements, ainsi que les tâches ménagères peu astreignantes. Sa capacité de travail était totale dans toute activité en l'absence d'un tableau psychopathologique cliniquement significatif, mais l'assurée avait une auto-prédiction de l'échec pour des motifs qui, selon elle, semblaient essentiellement dus à ses problèmes physiques. Sa prise en charge psychiatrique était idoine, mais elle n'en percevait pas le bénéfice.

Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts, qui s'étaient entretenus le 25 janvier (selon le rapport du Dr H_____) et/ou le 18 février 2019 (d'après le rapport du Dr G_____), ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 60% dans son activité habituelle, à augmenter de 20% par mois, mais de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10% durant trois mois.

22. L'assurée a été licenciée avec effet au 31 mars 2019.

23. Par avis du 20 mai 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions desdits experts. Le début de l'aptitude à la réadaptation remontait au 14 octobre 2018, date de l'expertise bi-disciplinaire.

24. Par communication du 14 juin 2019, l'OAI a pris en charge les coûts d'un reclassement professionnel [dans la même profession] auprès de GMTI SA du 24 juin 2019 au 31 janvier 2020, l'objectif de la mesure étant d'accompagner l'assurée à récupérer une pleine capacité de travail, et pour ce faire, son taux de présence au début de 50% serait augmenté progressivement à 60% dès le 12 août 2019, à 80% dès le 16 septembre 2019 et à 100% dès le 18 novembre 2019.

25. Par courriel du 1er juillet 2019, l'assurée a informé l'OAI avoir été transportée le jeudi [27 juin] en urgence à l'hôpital où elle avait séjourné deux jours, car son dos « n'avait pas tenu ». Elle interrompait de ce fait la mesure.

26. Le 10 juillet 2019, l'OAI a reçu :

- un certificat du 1er juillet 2019 établi par le docteur I_____, médecin à l'Hôpital de la Tour, attestant d'une capacité de travail nulle dès le 27 juin 2019 pour une durée probable jusqu'au 7 juillet 2019 ;
- un rapport du 1er juillet 2019 du Dr I_____, relatif au séjour de l'assurée dans cet établissement hospitalier du 27 au 29 juin 2019, posant le diagnostic de lombosciatalgies gauches non déficitaires. L'assurée, ne pouvant se mobiliser, avait bénéficié aux urgences d'une injection intramusculaire, sans amélioration, suivie d'une antalgie par paracétamol, ibuprofène, diazépam et morphine en réserve, ainsi que de physiothérapie. Sous ce traitement, l'évolution était rapidement satisfaisante. En cas de persistance de la symptomatologie, il

convenait de discuter l'indication à une approche plus invasive (infiltration ou chirurgie) ;

- un certificat du 8 juillet 2019 du Dr D_____, mentionnant une capacité de travail de 0% dès ce jour et de 100% à partir du 1er août 2019.

27. Dans un courriel du 10 juillet 2019 adressé à l'OAI, relatif à la consultation du même jour, le Dr B_____ a fait état d'une nette aggravation du syndrome lombo-vertébral se manifestant par une attitude en baïonnette très marquée, auquel s'était ajouté un syndrome radiculaire L5 gauche irritatif et déficitaire d'un point de vue sensitif (sciatique déficitaire), éléments nouveaux non présents lors de l'expertise. Malgré la forte augmentation de la médication antalgique, l'assurée avait de la peine à mettre en charge le membre inférieur gauche et devait se déplacer avec une béquille hors de son domicile. Elle était également obligée de s'asseoir en décharge de la fesse gauche. Ces syndromes radiculaires étaient connus pour occasionner un handicap en position assise. Sa capacité de travail était nulle en ce moment dans toute activité.

28. Dans un rapport final du 12 juillet 2019, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que les mesures professionnelles ne s'avéraient pas adéquates pour l'instant pour des raisons médicales.

29. Le 15 juillet 2019, l'OAI a réceptionné un rapport du 10 juin (recte : juillet) 2019 de la Dresse F_____, indiquant que sa patiente avait présenté une forme de « décompensation » de son état somato-psychique entraînant une brève hospitalisation pour de violentes douleurs lombaires et à la jambe ainsi qu'une dépendance à sa famille. L'assurée souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ayant un impact sur sa vie professionnelle et familiale et d'un trouble dépressif. Elle était inapte à travailler actuellement.

30. Par avis du 17 juillet 2019, le SMR, se référant au courriel du 10 juillet du Dr B_____, ainsi qu'au rapport précité de la Dresse F_____, a estimé que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé sur le plan somatique et psychique. Il proposait de revoir la situation dans six mois et d'adresser un questionnaire spécifique au rhumatologue et au psychiatre traitants.

31. Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'évolution clinique n'était pas favorable et qu'il était difficile d'envisager une amélioration conséquente des capacités fonctionnelles dans les douze prochains mois. L'important syndrome lombo-vertébral marqué par une forte attitude en baïonnette persistait. La boiterie avait très légèrement diminué, permettant de ne plus utiliser fréquemment la canne lors de la marche. La manœuvre de Lasègue était positive, confirmant la présence d'un syndrome radiculaire actif avec un discret déficit sensitif et un doute concernant un déficit moteur. Dans ce contexte, la position assise était extrêmement mal tolérée avec la nécessité de s'asseoir en décharge de la fesse gauche et le besoin de se lever après moins de dix minutes de consultation pour déambuler dans la pièce.

32. Par avis du 25 septembre 2019, le SMR a relevé que, dans le rapport précité, le Dr B_____ ne précisait pas si un examen par éléctroneuromyographie (EMG) avait été pratiqué ou d'autres examens complémentaires, ni s'il avait prévu d'adresser sa patiente en consultation neurochirurgical. Le SMR avait de la peine à comprendre les échecs de la prise en charge médicale et l'évolution retenue comme défavorable par le Dr B_____ en l'absence d'un avis spécialisé chirurgical, chez cette assurée jeune de 30 ans. Le SMR préconisait alors une expertise orthopédique.

33. Dans un rapport du 28 octobre 2019, le Dr D_____ a énuméré les limitations fonctionnelles de sa patiente en relation avec les lombalgies, à savoir la station debout ou assise prolongée, la marche sur longue distance et dorénavant sur de courts trajets, le soulèvement et le port de charges supérieures à 2 kg, le fléchissement du tronc et l'accroupissement. Il avait constaté une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis plusieurs mois, et cette dernière nécessitait l'aide de sa famille pour pouvoir s'occuper des tâches de la vie courante, d'elle-même et de sa fille en bas âge. Il était irréaliste qu'elle puisse travailler dans ces conditions.

34. L'OAI a confié l'expertise orthopédique au docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a examiné l'assurée le 10 mars 2020.

    Dans son rapport du 16 mars 2020, l'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies chroniques à gauche avec discopathies D11-D12, pincement intersomatique et hernie discale médiane et paramédiane gauche, discopathie L4-L5 sous forme de dessiccation discale et discret débord discal circonférentiel, discopathie L5-S1 sous forme de pincement intersomatique et hernie paramédiane gauche ; et de probable périarthrite de la hanche gauche ; et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, d'accouchement par césarienne en 2014 ; de tabagisme chronique ; de pré-obésité avec BMI à 28,7 ; et de personnalité à traits histrioniques et de trouble anxio-dépressif réactionnel (diagnostics du Dr H_____).

    L'expert a considéré que l'aggravation décrite par les médecins en juin 2019 était purement subjective, sans aucune progression des lésions discales à l'IRM de 2019 en comparaison à celui de 2016. Sur le plan psychique, étant chirurgien orthopédiste, il ne pouvait pas se prononcer.

    Actuellement, l'assurée était enceinte d'environ seize semaines. Tous les traitements médicamenteux et de physiothérapie avaient été arrêtés. Depuis lors, elle décrivait avoir plus de douleurs le soir.

    À l'issue de son examen, l'expert avait constaté deux signes de non organicité selon Waddell, à savoir les douleurs exacerbées lors de la pression céphalique axiale et lors de la rotation passive du tronc et le bassin bras au corps. 14 des 18 points douloureux selon Smythe pour la fibromyalgie étaient positifs. Ce diagnostic ne pouvait pas être retenu.

Il a conclu que l'assurée pourrait pratiquer uniquement une activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance à sa guise des positions debout et assise (table de travail à hauteur variable), l'évitement des travaux en position penchée ou en porte-à-faux, le port et le soulèvement de charges supérieures à 10 kg, les courts déplacements à plat étant possibles, avec une diminution de rendement de 20% environ en raison des douleurs et des changements de position nécessaires. L'incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était essentiellement due à l'appréciation subjective de la symptomatologie par celle-ci. L'intensité des douleurs et leur répercussion sociale, personnelle et professionnelle étaient en relation avec sa personnalité et son état psychique. Dans son activité habituelle, s'exerçant uniquement en position assise statique, et partiellement adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était d'environ 50%.

Le traitement conservateur était épuisé. Un traitement chirurgical sous forme d'une spondylodèse des deux derniers segments lombaires était susceptible de diminuer, voire faire disparaître, les douleurs de l'assurée.

En annexe figuraient :

- l'IRM plexus lombo-sacré du 22 juillet 2019, concluant à un examen superposable au comparatif du 9 novembre 2016, avec débords discaux en D11-D12, L4-L5 et L5-S1, responsables d'un contact avec l'émergence récessale de la racine S1 à droite en L4-L5 et avec la racine L5 gauche en extraforaminal en L5-S1 ;
- le rapport du 28 août 2019 du Dr B_____, déjà cité ;
- un rapport du 2 octobre 2019 du Dr B_____ adressé au docteur K_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, rappelant que l'assurée présentait une exacerbation de ses douleurs depuis le mois de mai se manifestant par une attitude en baïonnette et une irradiation dans le territoire L5 gauche avec un déficit sensitif et un Lasègue positif. L'IRM réalisée, relativement superposable à celle de 2017 (recte : 2016), montrait un possible conflit extraforaminal L5 gauche. Il existait donc possiblement une bonne corrélation radio-clinique, à compléter par un ENMG prévu fin octobre. Le médecin se demandait si une prise en charge chirurgicale était nécessaire ;
- un bilan ENMG du 31 octobre 2019, mettant en évidence un examen normal, en particulier l'absence d'arguments neurographiques pour une atteinte lésionnelle (axonale ou démyélinisante) L5 ou S1 gauche, l'absence de signes EMG (électromyographie) de dénervation aiguë/réinnervation chronique dans la musculature des myotomes L4-L5-S1 gauches, la normalité du réflexe H enregistré sur le muscle soléaire rendant peu probable une atteinte S1 gauche, et l'absence d'arguments ENMG pour une autre pathologie (neuropathie ou plexopathie). Il était précisé que le segment proximal sensitif était mal exploré

par l'ENMG, et que, dans le cas de l'assurée, des potentiels évoqués sensitifs seraient intéressants, examen qui pourrait être effectué en particulier aux HUG ;

- un rapport du 25 novembre 2019 du Dr K_____, posant le diagnostic de lombofessalgies gauches chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombosacré. L'assurée décrivait des douleurs à point de départ lombaire, à caractère axial, sans caractère inflammatoire ni mécanique. Le médecin ne retenait pas d'images de conflit radiculaire avec la racine L5 gauche, mais une discopathie dégénérative lombaire aux étages L4-L5 et L5-S1. Le jeune âge de la patiente et la chronicisation des douleurs étaient des facteurs limitant une intervention chirurgicale.

35. Par avis du 23 mars 2020, le SMR a fait siennes les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J_____, mais s'est écarté des conclusions de ce dernier quant à l'exigibilité de la poursuite de la profession de polisseuse en horlogerie, même au taux de 50%, au motif que cette activité, qui s'exerçait uniquement en position assise statique, était incompatible avec l'état de santé de l'assurée. Le SMR a conclu que la capacité de travail de celle-ci, nulle dans son activité habituelle, était de 100% dans une activité adaptée avec une perte de rendement de 20% depuis le 14 octobre 2018, date du début de l'aptitude à la réadaptation.

36. Dans une note du 23 mars 2020, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité de l'assurée en se basant sur les données communiquées par l'employeur le 6 décembre 2017, dont il ressortait que le salaire AVS de l'assurée s'élevait à CHF 61'555.- depuis le 1er avril 2016, et en précisant que les fiches de salaire pour l'année 2016 mentionnaient un salaire mensuel de CHF 4'735.-, versé treize fois. Après l'indexation à 2018, ce montant était porté à 62'078.-. Le revenu avec invalidité a été arrêté à CHF 39'632.-, ce qui correspondait au salaire d'une femme travaillant dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon le tableau TA1_tirage_skill_level de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2016, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), indexé en 2018, tenant compte d'une diminution de rendement de 20%, et réduit de l'abattement de 10% retenu. La comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 36,16%.

37. Dans un projet de décision du 27 mars 2020, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité à partir du 13 mars 2018, puis une rente entière du 1er mai au 31 décembre 2018. Sa capacité de travail dans son activité habituelle, nulle dès le 13 mars 2017, de 50% dès le 17 avril 2017, nulle dès le 12 juin 2017, de 50% dès le 27 novembre 2017 et nulle dès le 12 mai 2018, était entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles avec une baisse de rendement de 20% depuis le 1er octobre 2018. À l'échéance du délai d'attente d'un an le 13 mars 2018, une comparaison des revenus pour l'évaluation de son invalidité était superflue ; son incapacité de gain se confondait avec son incapacité de travail de 50%. Le taux moyen d'incapacité de travail dans son activité habituelle durant le

délai d'attente d'un an était de 78%. Ainsi, dès la date de l'aggravation de son état de santé le 12 mai 2018, une rente entière lui était accordée sans tenir compte des trois mois d'observation. Par contre, dès la date du début de l'aptitude à la réadaptation le 1er octobre 2018, sa perte de gain s'élevait à 36%, inférieure au seuil de 40%. Sa rente était en conséquence supprimée, après un délai d'observation de trois mois, soit à compter du 1er janvier 2019. Enfin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

38. Par pli du 10 avril 2020, l'assurée a contesté ce projet de décision et sollicité une prolongation de délai pour faire valoir ses droits, laquelle lui a été accordée, par courrier de l'OAI du 16 avril 2020, au 2 juin 2020.

39. Dans un rapport du 2 juin 2020, le Dr B_____ a reproché à l'OAI d'avoir mis en œuvre uniquement une expertise orthopédique, alors que la patiente souffrait d'un problème chronique rachidien sévère intriqué à un problème psychiatrique qui nécessitait un suivi régulier. Le Dr J_____ était sorti de sa zone de compétence en concluant que l'intensité des douleurs de l'assurée et ses répercussions sociale, personnelle et professionnelle étaient en relation avec sa personnalité et son état psychique.

    Le Dr B_____ a rappelé que, dans ses rapports des 10 juillet et 28 août 2019, il avait fait état de l'existence d'éléments objectifs d'aggravation clinique, à savoir un syndrome lombo-vertébral sévère entraînant une déformation rachidienne en baïonnette et l'apparition d'un Lasègue positif, signalant la présence d'une irritation radiculaire. En conséquence, le diagnostic avait changé, passant d'une lombalgie commune à une lombalgie avec un syndrome radiculaire, communément appelée une sciatique, provoquant des limitations fonctionnelles plus sévères. Il s'étonnait que l'expert ait retenu, dans ces circonstances, une aggravation « purement subjective ». Ce dernier ignorait que le syndrome radiculaire était lié à un phénomène biologique (inflammation d'une racine nerveuse, sans qu'il n'ait besoin d'une aggravation radiologique pour retenir une hernie discale symptomatique caractérisée par un syndrome radiculaire). Les syndromes radiculaires étaient connus pour être plus sévères et duraient plus longtemps que les lombosciatalgies communes. L'indication pour une intervention chirurgicale, reconnue par l'expert lui-même, témoignait de l'aggravation de l'état de santé. Dans ce contexte, il était incompréhensible que le Dr J_____ ait conclu à une pleine capacité de travail. En cas de syndromes radiculaires sévères, aucune position n'était confortable (ni la position assise, ni le piétinement, ni la marche qui était en général supportée sur de courtes distances). Or, l'expert ne précisait pas quelle activité adaptée l'assurée pourrait encore exercer.

    Le Dr B_____ a également souligné que l'OAI avait admis une diminution des capacités fonctionnelles de l'assurée en 2017 et en 2018 sur des périodes pendant lesquelles son état clinique était objectivement moins sévère que depuis juin 2019, date de l'aggravation clinique objective dont l'OAI faisait abstraction.

40. Par avis du 15 juin 2020, le SMR a indiqué que le médecin traitant évoquait un changement de diagnostic (lombalgie avec syndrome radiculaire), et rappelé que le Dr J_____ avait bien retenu une atteinte de type lombosciatalgie en rapport avec une discopathie L5-S1. Le SMR a admis une aggravation de l'état de santé de l'assurée en juin 2019 et conclu que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% du 14 octobre 2018 à mai 2019, de 0% de juin 2019 à février 2020 et de 100% avec une perte de rendement de 20% depuis mars 2020.

41. Dans une note du 15 juin 2020, l'OAI a fixé le revenu avec invalidité à CHF 39'370.-, correspondant au salaire d'une femme travaillant dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2018, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), indexé en 2020, tenant compte d'une diminution de rendement de 20%, et réduit de l'abattement de 10% retenu. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 62'078.-, il en résultait une perte de gain de CHF 36,58%.

42. Dans un courrier du 1er juillet 2020 complété le 21 juillet suivant, l'assurée, sous la plume de son conseil, a demandé la reconsidération de son cas. Elle a relevé que son état psychique, qui s'était dégradé depuis été 2019, n'avait fait l'objet d'aucune mesure d'instruction supplémentaire, alors que le SMR, dans son avis du 17 juillet 2019, invitait à réexaminer la situation sous cet angle dans les six mois.

    Elle a annexé un rapport du 6 juillet 2020 de la Dresse F_____, mentionnant suivre l'assurée depuis le 10 juillet 2018 à raison d'une séance bimensuelle, intensifiée dernièrement à une séance hebdomadaire. Celle-ci présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un épisode dépressif léger à moyen (F32.0). Elle éprouvait des douleurs physiques, source d'anxiété, de détresse, de perte de motivation et de satisfaction tant au travail que dans sa vie quotidienne. La symptomatologie, d'origine physique pure ou en partie psychosomatique, entraînait un certain degré d'incapacité de travail. La psychiatre traitante ne pouvait se prononcer sur l'incapacité de travail de l'assurée dans l'horlogerie, mais estimait que les diagnostics précités diminuaient sa capacité de travail depuis 2018, date de la péjoration des symptômes dépressifs et anxieux, de 40%, 20% étant due au trouble somatoforme et 20% à l'épisode dépressif. Il était difficile de se déterminer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, car « le trouble somatoforme n'était pas directement dépendant de l'activité professionnelle et de ses aménagements ». Le trouble somatoforme, en interaction avec l'état psychique et somatique, influençait le rendement. Les douleurs, quelles qu'en fussent les causes, avaient un impact, secondairement, sur l'humeur et l'anxiété. Les troubles avaient également des répercussions sur la vie familiale et le sommeil. Il était compliqué de trouver un traitement somatique et psychothérapeutique adéquat.

43. Par décision du 27 juillet 2020, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision et reconnu en outre le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2019, date de l'aggravation de son état de santé, jusqu'au 31 mai 2020, soit

trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain le 1er mars 2020, date à compter de laquelle sa perte de gain s'élevait à 36%, sous déduction des indemnités journalières déjà versées dans le cadre des mesures d'ordre professionnel du 24 juin 2019 au 31 janvier 2020.

44. Par acte du 14 septembre 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique, ainsi qu'à son audition et à celle des Drs B_____ et F_____, et principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 13 mars au 12 mai 2018 et d'une rente entière depuis lors.

    La recourante a contesté disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% entre le 1er janvier et le 30 mai 2019 puis dès le 1er juin 2020. Elle se demandait sur quel élément s'était fondé l'intimé pour fixer le début de l'aptitude à la réadaptation au 1er octobre 2018. Ni le Dr G_____ ni le Dr J_____ ne s'étaient prononcés à ce sujet dans leur rapport d'expertise. Or, ses médecins traitants avaient fait état d'une aggravation de son état de santé le 12 mai 2018, puis en juin 2019. Du reste, l'intimé avait reconnu la péjoration de son état de santé en juin 2019. Celui-ci avait d'ailleurs écarté l'appréciation du Dr J_____ quant à l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle, ce qui était de nature à faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise, dont les conclusions étaient relativement simplistes, visiblement lacunaires et peu motivées.

    Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique, alors que le SMR considérait en juillet 2019 que la situation devait être réévaluée tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique, d'autant plus que le Dr J_____ relevait lui-même l'interaction entre les troubles physiques et psychiques. Ainsi, une appréciation bi-disciplinaire apparaissait indispensable. À cet égard, les conclusions du Dr H_____, expert psychiatre, ne pouvaient être suivies, vu l'aggravation alléguée par la Dresse F_____. La recourante a mentionné au passage que la valeur probante des rapports du Dr H_____ avait à plusieurs reprises été niée par la chambre de céans dans d'autres procédures. Pour le surplus, elle a renvoyé aux prises de position des Drs B_____ et F_____.

    En l'état, la recourante a estimé que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, ne voyant pas quelle profession sur le marché ordinaire était compatible à ses limitations fonctionnelles.

    Elle a ensuite exposé que son revenu sans invalidité était en 2016 de CHF 64'244.- − d'après l'extrait de son compte individuel du 12 septembre 2017 établi par la Caisse cantonale genevoise de compensation figurant au dossier −, soit un revenu réactualisé de CHF 64'789.- qu'il convenait de prendre en compte, constatant du reste que l'intimé s'était basé sur un revenu annuel déterminant de CHF 64'755.- pour le calcul de ses indemnités journalières.

S'agissant de son revenu avec invalidité, elle a considéré qu'une diminution de rendement de 20% supplémentaire devait être retenue au vu des observations de son psychiatre traitant, et ajouté que le taux d'abattement devait être porté à 15% au minimum compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

45. Dans sa réponse du 2 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Après avoir rappelé les conclusions des médecins traitants, celles des Drs H_____ et G_____, ainsi que celles du Dr J_____, il a relevé que le SMR, dans son avis du 23 mars 2020, n'avait pas remis en question les constatations du Dr J_____, mais seulement la conformité des limitations fonctionnelles au poste de travail dans l'activité habituelle, soit une problématique qui relevait de la réadaptation.

Il a produit l'avis du SMR du 20 octobre 2020, dans lequel ce dernier considérait que, dans son rapport du 6 juillet 2020, la Dresse F_____ ne décrivait pas le traitement de sa patiente ni le status clinique psychiatrique. Le SMR rappelait que l'expert psychiatre en mars 2019 n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique incapacitant, notamment pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de trouble dépressif constitué. La Dresse F_____, dans son rapport du 25 octobre 2018, décrivait les mêmes diagnostics que ceux posés dans son rapport du 6 juillet 2020. Ainsi, elle n'amenait pas d'éléments objectifs pour justifier l'aggravation sur le plan psychiatrique. Il n'existait dès lors pas d'argument pour s'éloigner des conclusions de l'expertise psychiatrique de mars 2019.

En ce qui concernait le rapport du 2 juin 2020 du Dr B_____, le SMR rappelait qu'en mars 2019, l'expert psychiatre n'avait retenu aucune atteinte psychiatrique incapacitante, mais seulement des traits histrioniques. Depuis lors, aucun élément médical objectif d'aggravation sur le plan psychiatrique n'avait été versé au dossier. Le Dr J_____ s'exprimait sur la personnalité de l'assurée, mais en aucun cas ne l'évaluait comme incapacitante. En mars 2019, les tests psychométriques d'auto-évaluation avaient mis en évidence une discordance avec les tests d'hétéro-évaluation, révélant chez l'assurée une perception subjective de ses difficultés par rapport aux éléments objectifs observés lors de l'expertise bi-disciplinaire. Le Dr B_____ n'avait d'ailleurs jamais décrit la présence d'un trouble somatoforme douloureux associé à l'atteinte somatique. Il évoquait une pathologie ostéo-articulaire bien précise.

Le SMR ajoutait que le Dr B_____ faisait état d'une aggravation sur le plan rhumatologique depuis juin 2019, en présence d'un sévère syndrome lombovertébral et d'un signe de Lasègue positif parlant pour une irritation sensitive. Lors de l'expertise rhumatologique de février 2019, l'expert avait constaté un Lasègue négatif, qui était positif en juin 2019 et en mars 2020 auprès du Dr J_____. Par contre, les plaintes de douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche étaient déjà présentes en février 2019, et l'expert avait alors observé une diminution de la sensibilité de tout le membre inférieur gauche, sans territoire sensitif défini. Toutefois, l'ENMG de novembre 2019 était revenu normal et il

n'existait pas au dossier d'évaluation de l'atteinte sensitive par un autre neurologue. Par ailleurs, les deux IRM de 2016 et de juillet 2019 étaient superposables, et le Dr K_____ ne retenait pas de compression sur la racine S1 à la lecture de ces images. Ainsi, en l'absence de déficit sensitif sur un territoire précis, de déficit moteur, ou de nouvelle anomalie à l'IRM, le Dr J_____ n'avait pas retenu d'aggravation objective. Cependant, le SMR avait admis une aggravation de l'état de santé de l'assurée entre juin 2019 et février 2020, en lui reconnaissant une incapacité de travail totale durant cette période.

Le SMR expliquait de plus que la requête d'un avis neurochirurgical n'était pas un élément objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Un tel avis pouvait être demandé en cas d'absence d'amélioration de la situation après épuisement du traitement conservateur. Il rappelait que les Drs K_____ et J_____ avaient retenu l'indication à une stabilisation L4-S1 en présence d'une discopathie et émis des doutes quant à l'évolution positive d'une opération sur les douleurs chroniques.

Le SMR relevait enfin que le Dr J_____ avait admis une baisse de rendement de 20% correspondant au temps nécessaire pour changer régulièrement de position. Du reste, le rôle de l'expert était de décrire les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, et il revenait au service de réadaptation d'évaluer si une telle activité professionnelle existait. L'expert avait par ailleurs noté que l'assurée était totalement indépendante pour toutes les activités du quotidien (repas, vaisselle, ménage, lessive, courses, éducation de sa fille, trajets à l'école, déplacements), hormis le port de courses lourdes.

Le SMR concluait que les nouveaux rapports médicaux n'apportaient pas d'élément objectif permettant de remettre en question son appréciation du cas.

Sur cette base, l'intimé a fait valoir que les allégations de la recourante à l'encontre des expertises figurant au dossier étaient fondées uniquement sur une opinion divergente de ses médecins traitants sans que la crédibilité de ces expertises ne soit remise en cause. Celles-ci devaient se voir reconnaître pleine valeur probante dès lors qu'elles s'appuyaient sur une analyse circonstanciée du dossier, une anamnèse complète, des examens cliniques détaillés, les plaintes de l'assurée et l'étude des avis discordants. Par ailleurs, les experts n'avaient ignoré aucun élément objectif.

L'intimé a ensuite expliqué avoir fixé le revenu sans invalidité sur la base des données communiquées par l'employeur, relevant que, de toute manière, le montant allégué par la recourante (CHF 64'789.-) conduisait à un degré d'invalidité inférieur à 40%. Les montants pris en compte pour le calcul des indemnités journalières étaient irrelevants, dans la mesure où ils incluaient des éléments externes au calcul de l'invalidité.

Enfin, l'intimé a estimé qu'un taux d'abattement supérieur à 10% ne se justifiait pas. Celui-ci tenait compte des limitations fonctionnelles, à savoir le port de charges supérieures à 10 kg et le travail en position de porte-à-faux. Celle en lien

avec l'alternance des positions avait été prise en considération lors de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail par la baisse de rendement de 20%, ce qui avait déjà une incidence sur le calcul du revenu d'invalide.

46. Dans sa réplique du 16 décembre 2020 complétée le lendemain, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a joint le rapport du 10 décembre 2020 de la Dresse F_____, dans lequel cette dernière indiquait que les conclusions du SMR lui semblaient erronées et lacunaires sur certains points. Elle lui reprochait de prendre en compte chaque affection séparément et de dénigrer tout point de vue qui tenait compte de l'ensemble de la situation de la patiente. Elle rappelait que les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de dépression légère en 2018, moyenne en 2020, qu'elle avait posés s'opposaient à ceux de l'expert qui retenait en mars 2019 des douleurs subjectives. Or, la différence constatée à cette époque entre le questionnaire d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation venait à corroborer la présence du trouble somatoforme selon la littérature. Il s'agissait, dans ce cas précis, de l'intrication entre une affection somatique avérée et un trouble somatoforme chez une patiente présentant certaines caractéristiques d'une personnalité histrionique. La dépression était secondaire à ce trouble. En 2020, celle-ci présentait une thymie triste avec des pleurs fréquents, une tension, une irritabilité importante, des angoisses, une fatigue importante, une perte de plaisir, un retrait et une faible estime d'elle-même. Elle ne parvenait pas à investir sa grossesse et exprimait parfois des idées noires, avec envie de fuir et tout abandonner, même sa fille aînée. Elle se plaignait de difficultés de concentration et de mémoire, ainsi que d'un trouble du sommeil perturbé principalement par ses douleurs. La patiente était quotidiennement soutenue par sa sœur et sa mère pour le ménage, les soins à prodiguer à sa fille et les trajets, et par le père pour les courses.

Sur cette base, la recourante a allégué que l'aide de ses proches avait été sous-estimée par l'expert, et que sa psychiatre traitante avait critiqué de manière circonstanciée les diagnostics retenus par l'expert psychiatre.

Elle a fait grief à l'intimé de ne pas avoir expliqué les motifs pour lesquels il avait fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 12 mai 2018, puis au 1er juin 2020 en dépit de la reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé en juin 2019. De même, l'intimé n'avait pas indiqué quelle activité professionnelle elle pourrait encore exercer.

Elle a soutenu que l'intimé aurait dû diligenter une nouvelle expertise psychiatrique, et solliciter un concilium interdisciplinaire pour évaluer l'interaction entre les différents troubles.

Elle a ensuite estimé que ses limitations fonctionnelles avaient été sous-évaluées par le Dr J_____ et allégué présenter des périodes d'incapacité de travail totale plus ou moins longues lors des phases d'exacerbation des symptômes. Ainsi,

déclarait-elle, l'intimé avait retenu à tort une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% seulement.

À l'appui de sa position, elle a produit le rapport du 8 décembre 2020 du Dr B_____, dans lequel ce dernier remarquait que le SMR, dans le dernier avis, n'avait pas suivi l'expert orthopédiste et retenu une incapacité de travail totale durant la phase d'exacerbation des symptômes. Le Dr B_____ reprochait au Dr J_____ de ne pas avoir admis, à titre de limitations fonctionnelles, les difficultés liées à la position assise, classiques comme en l'espèce en cas de lombalgies communes chroniques ou de syndromes radiculaires sur hernie discale. Le point le plus difficile dans l'évaluation de ce dossier portait selon lui sur deux caractéristiques. La première concernait les exacerbations récurrentes pouvant correspondre à un syndrome radiculaire irritatif non déficitaire. Dans ces moments, l'incapacité de travail était totale, comme le reconnaissait le SMR. Le dernier épisode remontait à octobre 2020. La deuxième caractéristique avait trait aux limitations fonctionnelles en dehors des périodes d'exacerbations, dues à la conjonction d'un problème somatique (lombalgies communes chroniques) et d'un tableau psychologique, qui n'était pas celui d'une maladie psychiatrique constituée, mais qui comportait de nombreuses caractéristiques dépressive et anxieuse – l'assurée avait rapporté un épisode correspondant très probablement à une attaque de panique pendant le confinement −, amenant le Dr B_____ à discuter la notion de trouble somatoforme douloureux. Ce diagnostic décrivait le mieux la situation de l'assurée et ses limitations fonctionnelles réelles et objectivées qu'elle présentait dans sa vie quotidienne.

S'agissant du revenu sans invalidité, la recourante a argumenté qu'il y avait lieu de se fonder sur les montants inscrits sur son compte individuel, sur lesquels avaient été perçues les cotisations. Le formulaire complété par l'employeur ne permettait pas de déterminer son revenu de façon suffisamment précise.

47. Dans sa duplique du 1er février 2021, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du SMR du 19 janvier 2021, dans lequel ce dernier indiquait que l'expert psychiatre en mars 2019 n'avait retenu ni un trouble dépressif constitué ni un syndrome douloureux somatoforme persistant. La Dresse F_____, qui décrivait ce syndrome déjà dans son rapport du 25 octobre 2018, puis dans ceux des 6 juillet et 10 décembre 2020, n'avait amené aucun élément objectif justifiant son diagnostic et l'aggravation sur le plan psychique. La description du quotidien de l'assurée était superposable à celle mentionnée par les experts en mars 2019 et en mars 2020. Celle-ci était indépendante pour les tâches légères et était aidée pour les tâches ménagères plus lourdes. En ce qui concernait le rapport du 8 décembre 2020 du Dr B_____, le SMR relevait que les limitations fonctionnelles définies dans son avis du 23 mars 2020 étaient celles habituellement reconnues lors d'épargne du rachis lombaire. Le médecin traitant, en sa qualité de rhumatologue, n'avait pas à se prononcer sur le plan psychiatrique. Le SMR rappelait par ailleurs que l'assurée était enceinte en 2020 et qu'une exacerbation des lombosciatalgies était souvent constatée en fin de

grossesse, en général limitée dans le temps. Il n'existait ainsi pas d'argument objectif pour retenir une aggravation sur le long terme sous l'angle rhumatologique. En définitive, le SMR maintenait ses précédentes conclusions.

48. Dans ses observations du 25 février 2021, la recourante a souligné que le rapport d'expertise du Dr H_____ était basé sur un bref entretien d'une heure et demi, dont les conclusions avaient été remises en cause tant par la psychiatre traitante que par le Dr B_____, qui, bien qu'il ne soit pas psychiatre, appuyait le diagnostic de trouble somatoforme, ainsi que l'aggravation de l'état de santé général. Ce médecin était du reste spécialisé en consultation multidisciplinaire du rachis impliquant fréquemment des éléments de nature psychiatrique.

    Elle a ajouté que l'expertise des Drs H_____ et G_____ était peu convaincante en présence d'un cumul simpliste de leurs conclusions sans réelle mise en commun de leurs résultats. Par ailleurs, l'évaluation du Dr G_____ était critiquable à plusieurs égards, notamment s'agissant de l'incertitude quant à la date d'exigibilité [dans l'activité habituelle] et de la « probable » augmentation progressive de celle-ci, sans motivation. À l'époque, le SMR, lui-même, avait préconisé une réévaluation tant physique que psychique en raison de l'aggravation des symptômes et de l'absence de stabilisation de l'état de santé. Or, il n'avait jamais fourni la moindre explication sur les raisons pour lesquelles il avait renoncé à un nouvel examen psychique ou à requérir un concilium avec le Dr H_____ sur la base des conclusions de l'expertise du Dr J_____. Les médecins traitants insistaient par contre sur le fait que l'imbrication des troubles physiques et psychiques devait faire l'objet d'une appréciation globale de la capacité de travail. La recourante a également reproché à l'intimé d'avoir, sur le plan somatique, attribué à sa grossesse les récentes phases d'exacerbation des symptômes, alors que les poussées symptomatiques et douloureuses étaient survenues bien avant. L'intimé s'était d'ailleurs distancié des conclusions du Dr J_____ quant à l'incapacité de travail durant les phases d'exacerbation des symptômes, en particulier entre juin 2019 et mars 2020, si bien qu'il convenait de remettre en cause la valeur probante de toute l'expertise.

49. Invité à se déterminer, par écriture du 22 mars 2021, l'intimé s'est borné à persister dans ses conclusions.

50. Le 27 avril 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bi-disciplinaire aux docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

51. Par pli du 17 mai 2021, l'OAI n'a fait valoir aucune cause de récusation ni n'a sollicité l'ajout de questions supplémentaires dans la mission d'expertise.

52. Par courrier du 4 juin 2021, la recourante a annoncé n'avoir pas de motif de récusation à invoquer, et a proposé l'intégration de questions complémentaires, la

reformulation des questions 6.3.3 (volet rhumatologique) et 9.3.3 (volet psychiatrique), ainsi que la suppression de la question 8.1 (volet psychiatrique).

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours, interjeté contre la décision du 27 juillet 2020, notifiée le 31 juillet 2020, est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2018, singulièrement si c'est à bon droit que l'intimé a limité l'allocation de cette prestation à la période du 1er mai au 31 décembre 2018, et du 1er juin 2019 au 31 mai 2020.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

10. 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; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

    La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les

règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

    Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

    Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

[RAI – RS 831.201]; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

13. 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 des assurances 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).

14. a. En l'espèce, pour la période litigieuse dès le 1er mai 2018, l'intimé, se référant aux différents rapports d'expertise, a retenu, en raison de l'atteinte à la santé de la recourante, polisseuse en horlogerie, que la capacité de travail de cette dernière est nulle dans toute activité du 12 mai au 13 octobre 2018, ainsi que du 1er juin 2019 au 29 février 2020, mais entière dans une activité adaptée du 14 octobre 2018 au 31 mai 2019, avec une diminution de rendement de 20% depuis le 1er mars 2020.

    b. Pour la période du 14 octobre 2018 au 31 mai 2019, l'intimé s'est appuyé sur les rapports d'expertise bi-disciplinaire des 19 février et 14 mars 2019, établis par le Dr G_____, rhumatologue, respectivement par le Dr H_____, psychiatre. Le premier a retenu, avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic de syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec une discopathie L4-L5 et L5-S1 modeste. Le second a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif réactionnel subclinique ou en rémission, ainsi qu'une personnalité avec des traits histrioniques avec une tendance à la dramatisation et une dépendance à l'environnement familial. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont conclu que la recourante pouvait travailler à 60% dans son activité habituelle, taux qui pouvait être augmenté de 20% par mois, mais à 100% dans une activité adaptée avec une perte de rendement de 10% durant trois mois eu égard à la longue inactivité professionnelle.

La chambre de céans constate que les conclusions des experts ne sont pas suffisamment convaincantes pour les motifs suivants.

Sur le plan somatique, le Dr G_____ a retenu que la recourante était apte à exercer son activité habituelle à 60% au moins. Or, celle-ci n'a pas recouvert, dans cette activité-ci, une capacité de travail supérieure à 50% depuis que le syndrome lombo-vertébral dont elle souffre revêt un caractère incapacitant. La recourante avait en dernier lieu repris son activité de polisseuse à 50% le 27 novembre 2017 avant qu'elle ne présentât une incapacité de travail complète à partir du 12 mai 2018 consécutive à un blocage du dos. Par la suite, sur la base des conclusions des experts, l'intimé a pris en charge un reclassement professionnel dans le même secteur d'activités, raison pour laquelle, le 24 juin 2019, la recourante a commencé cette mesure de réadaptation à 50% − taux qui devait progressivement être augmenté – avant qu'elle ne fût hospitalisée en urgence trois jours après, car elle ne pouvait plus se mobiliser (cf. rapport du Dr I_____ du 1er juillet 2019). Cela démontre que l'activité habituelle de la recourante n'était pas adaptée à son état de santé, contrairement à l'appréciation du Dr G_____.

En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, le Dr G_____ l'a fixée à 100% avec une perte de rendement provisoire de 10%, taux qui est supérieur à celui estimé dans l'activité habituelle, alors que les limitations fonctionnelles retenues justifiant la baisse de la capacité de travail sont superposables tant dans l'activité habituelle que dans celle adaptée. En effet, dans l'activité d'horlogerie, l'expert indiquait que la recourante devait alterner les positions de tronc, ne pas porter de charges significatives, et utiliser la chaise ergonomique. Dans une activité adaptée, elle devait également alterner les positions assise et debout, ne pas porter de charges en porte-à-faux supérieures à 5-10 kg de manière répétitive et utiliser la chaise ergonomique. En d'autres termes, à défaut d'explications circonstanciées, on ne comprend pas pour quels motifs les mêmes restrictions physiques dues à l'atteinte à la santé entraînent, dans une activité adaptée, une capacité de travail supérieure à celle arrêtée dans l'activité habituelle.

Sur le plan psychique, le Dr H_____ ne s'est pas prononcé en pleine connaissance du dossier, dès lors qu'il mentionne à la page 5 de son rapport que le dossier (qui lui avait été mis à disposition) ne comportait pas de rapport de la Dresse F_____, psychiatre traitante. Or, cette dernière avait émis un avis le 25 octobre 2018, soit antérieurement à l'expertise psychiatrique réalisée le 13 décembre 2018. De ce fait, cet expert n'a pas pu prendre position sur les divergences médicales. En effet, sa consœur retenait, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant, et explique, dans son rapport du 10 décembre 2020, se référant à la littérature médicale, que la discordance constatée par le Dr H_____ entre le questionnaire d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation confirmait la présence de ce syndrome. Cela étant, dans la mesure où ce diagnostic présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et

survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 consid. 4.2 et les références citées), et qu'en l'occurrence, la recourante souffre d'un état douloureux en relation avec un substrat organique − ses lombalgies, corroborées par les imageries, sont expliquées par un processus physiologique −, on se demande si, nonobstant cela, ce diagnostic peut être posé, et le cas échéant, pour quelles raisons il a une incidence sur les capacités fonctionnelles de la recourante.

c. Pour la période dès le 1er mars 2020, l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise du 16 mars 2020 du Dr J_____, orthopédiste, qui, après avoir diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombosciatalgies chroniques à gauche, ainsi qu'une probable périarthrite de la hanche gauche, a considéré que la recourante peut exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20%.

Les conclusions de cet expert sont toutefois insuffisamment motivées et reposent sur une analyse lacunaire du cas.

En effet, certes le Dr J_____ a lu les rapports du Dr B_____, médecin traitant rhumatologue, en particulier celui du 28 août 2019, dans lequel ce dernier faisait état d'une aggravation du syndrome lombo-vertébral marquée par une attitude en baïonnette et par la présence d'un syndrome radiculaire actif (avec un discret déficit sensitif), corroboré par la manœuvre de Lasègue, positive. Cela étant, alors même que le médecin traitant expliquât dans son rapport du 10 juillet 2019 que ces éléments objectifs n'existaient pas auparavant, notamment lors de l'expertise effectuée en octobre 2018, le Dr J_____, qui pourtant a également constaté un signe de Lasègue positif (p. 8 de son rapport), s'est contenté d'affirmer que l'aggravation décrite par les médecins traitants en juin 2019 était purement subjective, motif pris que l'imagerie réalisée en 2019 était relativement comparable à celle de 2016. Or, à cet égard, le Dr B_____ répond, dans son rapport du 2 juin 2020 (sans se déterminer précisément sur la capacité de travail de la recourante), que le syndrome radiculaire est lié à un phénomène biologique, soit l'inflammation d'une racine nerveuse, qui n'est pas nécessairement étayé par des arguments radiologiques. Du reste, le bilan ENMG du 31 octobre 2019 précisait que le segment proximal sensitif était mal exploré et que des examens complémentaires pourraient être effectués aux HUG. Aussi ces éléments suscitent-t-ils un doute sur l'appréciation du Dr J_____.

Par ailleurs, l'expert, après avoir constaté la présence de 14 points douloureux selon Smythe sur 18, s'est borné à déclarer que le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu, sans pour autant fournir la moindre explication.

Outre cela, il résulte du rapport du Dr B_____ du 8 décembre 2020 que l'état de santé de la recourante semble varier au fil du temps, avec des aggravations et des améliorations (exacerbations épisodiques de ses lombalgies). Ce constat ressort

également du rapport du Dr B_____ du 5 juillet 2018, dans lequel il faisait état de blocages récidivants du dos pouvant durer jusqu'à une semaine, de même que dans les rapports des 1er juillet et 10 juillet 2019 des Drs I_____ et B_____, selon lesquels, après l'aggravation de l'état de santé le 27 juin 2019, le traitement instauré à l'Hôpital de la Tour avait permis une évolution rapidement satisfaisante, mais dix jours plus tard, l'état de santé de la recourante s'était à nouveau péjoré, ce à une époque où, contrairement à l'avis du SMR du 19 janvier 2021, celle-ci n'était pas encore enceinte de son deuxième enfant − née le 24 juillet 2020, conçue probablement au mois de novembre-décembre 2019 (cf. rapport du Dr J_____). Si, dans son rapport du 2 juin 2020, le Dr B_____ évoquait une atteinte inflammatoire en lien avec le syndrome radiculaire constaté pour la première fois le 10 juillet 2019, dans son rapport du 25 novembre 2019, le Dr K_____ relève par contre que les douleurs de la recourante ne présentaient pas un caractère inflammatoire. Se pose donc la question de savoir s'il existe un processus inflammatoire rhumatologique qui fluctue au cours du temps. Dans ces circonstances, il eût été utile que le Dr J_____ s'entretînt avec le médecin traitant, ce qu'il n'a pas fait, pour discuter de la problématique de l'évolution fluctuante (éventuelle) de la maladie sur la capacité de travail de la recourante.

C'est le lieu de rappeler que, dans un arrêt 9C_153/2015 du 3 novembre 2015, le Tribunal fédéral a considéré que lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci devait bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin doit examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré (consid. 3.2-3.4).

d. Enfin, on relèvera que, sur le plan psychique, dans son rapport du 6 juillet 2020, la Dresse F_____ a maintenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, posé pour la première fois le 10 juillet 2018, date de la première consultation, et retenu un nouveau diagnostic, soit celui d'un épisode dépressif moyen (qui n'était que léger auparavant), précisant que les séances étaient dorénavant hebdomadaires (bimensuelles autrefois). La psychiatre traitante a conclu que les troubles psychiques influençaient le rendement de la recourante depuis juillet 2018, tout en estimant difficile de se déterminer de manière précise sur la capacité de travail de sa patiente.

e. Compte tenu des informations peu fiables et insuffisantes au dossier, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

Celle-ci sera confiée aux docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à l'endroit desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

Les parties se sont par ailleurs déclarées d'accord avec la mission d'expertise, sous réserve de questions supplémentaires que la recourante souhaite poser aux experts.

La mission d'expertise sera dès lors complétée dans le sens voulu par la recourante.

Il n'est par contre pas nécessaire de reformuler les questions 6.3.3 (volet rhumatologique) et 9.3.3 (volet psychiatrique) comme le voudrait celle-ci, dès lors que ces questions, telles que formulées dans la mission d'expertise, sont parfaitement claires et compréhensibles. Il n'y a pas lieu non plus de supprimer la question 8.1 (volet psychiatrique), dès lors qu'il appartient également à l'expert psychiatre d'examiner si l'interaction de maladies psychiques et somatiques concomitantes prive l'assuré de certaines ressources (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur L_____, FMH en rhumatologie, et le docteur M_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs B_____, et F_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Dr L_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 12 mai 2018, et en particulier depuis le mois de juin 2019 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant

ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 12 mai 2018, et en particulier depuis le mois de juin 2019 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Les médicaments que prend la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Le cas échéant, ces derniers ont-ils un impact sur ses capacités fonctionnelles ? Si oui, dans quelles mesures ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur G_____ du 19 février 2019? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur J_____ du 16 mars 2020? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr B_____ du 2 juin 2020 ? Si non, pourquoi ?

8.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr B_____ du 8 décembre 2020 ? En particulier, l'assurée souffre-t-elle d'une atteinte rhumatologique qui fluctue au cours du temps, avec des aggravations et des améliorations ?

En cas d'atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, veuillez vous prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assurée.

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à faire **<u>une appréciation consensuelle du cas</u>** avec le Dr M_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et l'éventuelle baisse de rendement.

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

G. Charge le Dr M_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 10 juillet 2018?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. **Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 10 juillet 2018 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. **Traitement**

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Réaliser un dosage sanguin des médicaments afin d'évaluer la compliance.

10.3 a. Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

b. Les médicaments que prend la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Le cas échéant, ces derniers ont-ils un impact sur ses capacités fonctionnelles ? Si oui, dans quelles mesures ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur H_____ du 14 mars 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, et l'estimation de la capacité de travail? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse F_____ du 6 juillet 2020? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse F_____ du 10 décembre 2020? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

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

La greffière Le président

Nathalie LOCHER Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le