

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3253/2025

ATAS/266/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mars 2026

Chambre 9

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née B_____ le _____ 1984 à Genève, est mariée et mère de deux enfants nés en mars 2016 et décembre 2019. Elle a acquis la nationalité suisse en août 2004.
- b.** Titulaire d'un CFC d'assistante socio-éducative obtenu en 2010, elle a travaillé dans le domaine de la petite enfance dès 2006 auprès de divers employeurs successifs jusqu'en juillet 2013. Après une période de chômage, elle a occupé en dernier lieu un poste d'assistante socio-éducative auprès de l'Espace de vie infantine C_____ (ci-après : l'employeur) entre 2015 et 2018.
- c.** Alors qu'elle émargeait au chômage, l'assurée a été victime d'un accident le 28 janvier 2014 (fracture Weber C de la cheville droite après une glissade dans la boue), dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).
- B.** **a.** Le 1^{er} octobre 2014, l'assurée a déposé une première demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans les suites de son accident du 28 janvier 2014.
- b.** Par appréciation du 18 novembre 2014, le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé que la consolidation de la fracture, traitée par voie chirurgicale le 3 février 2014, était acquise. Sur la base de l'examen clinique qu'il avait effectué la veille, une poursuite de l'incapacité de travail de l'assurée ne lui paraissait pas justifiée compte tenu de l'absence d'une pathologie médicale persistante à dix mois d'une ostéosynthèse classique de la cheville droite.
- c.** Par avis du 29 juin 2015, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'état de santé n'était pas stabilisé en décembre 2014. *A priori*, un travail assis était réalisable probablement déjà six mois après l'opération et en tout cas dès le 18 novembre 2014, jour de l'évaluation par le médecin de la CNA.
- d.** Par décision du 25 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 1^{er} octobre 2014 au motif que son incapacité de travail, qui avait pris fin le 30 septembre 2014, avait duré moins d'une année. Non contestée, cette décision est entrée en force.
- C.** **a.** Le 18 février 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué que sa démarche était motivée par une luxation du coccyx apparue en 2017. Depuis le 5 mai 2020, celle-ci était la cause d'une incapacité totale de travail qui persistait à ce jour.
- b.** Dans un rapport du 31 mars 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail consistaient en deux coccydynies. Le premier épisode avait été objectivé par une IRM en juillet 2020, dans le contexte d'une luxation sacro-coccygienne et d'une lipomatose épидurale marquée au niveau L5-S1. Le second, remontant à

janvier 2021, consistait en une coccydynie sur incompétence du plancher pelvien. Étaient en revanche sans effet sur la capacité de travail :

- l'obésité morbide (IMC 52) ;
- le status post cure de hernie discale C5-C6 gauche en 2012, sans séquelles ;
- le status post fracture Weber C de la cheville droite en 2014 ;
- l'infiltration « avec bon effet » d'une tendinite de de Quervain le 29 novembre 2016 et la vidange d'un kyste de la face dorsale du poignet ;
- le status post manque de fer symptomatique (induisant de la fatigue, des troubles mnésiques et de la concentration et une perte de cheveux), traité en juin 2017 ;
- une carence en vitamine D, « auto-arrêt de la substitution depuis 2020 » ;
- le status post diabète gestationnel pendant deux grossesses ;
- le status post hypertension artérielle gestationnelle, au décours, « avec composante blouse blanche » ;
- le status post sialadénite parotidienne droite en 2018 ;
- le probable vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) en 2018 ;
- le status post psychothérapie suivie en 2018 dans le contexte d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission.

La coccydynie était apparue à la suite du premier accouchement. L'infiltration réalisée à cette époque avait eu un effet bénéfique, mais n'avait pas empêché une récurrence après le deuxième accouchement. Depuis lors, cette coccydynie était dite « rebelle ». Invité à décrire les symptômes et l'état actuel de cette affection, le Dr D_____ a indiqué que celle-ci était exacerbée lorsque l'assurée faisait le ménage ou la cuisine et en cas de changement météorologique. Elle était aussi limitée pour les promenades, ne pouvait ni s'asseoir plus de 10 minutes ni porter ses enfants. Elle avait également des douleurs nocturnes si elle était trop active la journée. Elle devait dormir sur le côté. Les exercices d'ostéopathie n'avaient pas conduit à une amélioration. Le Dr D_____ ne la suivait plus depuis juin 2021 et elle n'avait pas vu d'autres médecins depuis. Elle souhaitait obtenir une rente AI et ne se voyait pas travailler, vu les douleurs qu'elle ressentait en position assise ou lorsqu'elle se penchait en avant. Elle était restée debout durant la consultation. Interrogé sur sa capacité de travail dans l'activité d'assistante socio-éducative, le Dr D_____ a indiqué que celle-ci était de 0% en raison des douleurs. Il entrevoyait toutefois des possibilités de réadaptation professionnelle après une chirurgie du coccyx, puis probablement aussi de l'obésité. L'assurée n'était cependant « pas du tout demandeuse » d'un tel traitement.

c. Le 31 mars 2022, l'OAI a reçu un rapport d'expertise psychiatrique rendu le 9 mai 2018 par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, à la demande de la BÂLOISE ASSURANCES, assureur-maladie perte de gain de l'employeur. Le Dr E_____ a indiqué que l'assurée était sans antécédent psychiatrique personnel connu. Confrontée à une situation de conflit professionnel, elle avait développé une symptomatologie principalement anxieuse, avec épisodes d'angoisse, avec somatisation sous forme de sensation de chaleur, de vertiges et d'oppression thoracique. Elle avait également présenté une certaine irritabilité et une diminution de l'élan vital. Ce tableau correspondait au diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Dans ce contexte, elle avait présenté sa démission en février avec effet au 31 mai 2018, période au cours de laquelle elle était en arrêt de travail. Le 4 mai 2018, soit au moment de l'entretien avec l'expert, l'assurée reconnaissait que son état s'était nettement amélioré et le Dr E_____ n'avait constaté qu'un léger abaissement de l'humeur. Dans ces conditions, le diagnostic était celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en forte rémission (F43.22) L'incapacité de travail actuelle était de 100%, mais serait de 0% à compter du 1^{er} juin 2018.

d. Dans un rapport du 5 juin 2023 à l'OAI, la docteure F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle avait accordé à ce jour trois consultations par visioconférence à l'assurée, parce que celle-ci ne pouvait pas se déplacer. Par ailleurs, la visioconférence se déroulait alors que la patiente était allongée sur le ventre à cause des douleurs qu'elle indiquait présenter au niveau de la ceinture lombaire et coccygienne. Le diagnostic à retenir (avec répercussion sur la capacité de travail) était celui d'épisode dépressif évoluant depuis plus de deux semaines dans le contexte d'une maladie douloureuse chronique. La capacité de l'assurée de reprendre une activité professionnelle était totalement absente actuellement, mais la question méritait d'être reposée d'ici trois, voire six mois.

e. Le 4 juillet 2023, l'OAI a encore reçu :

- un rapport non daté de la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Le début du suivi remontait au 28 mars 2023 (une consultation en présence de l'assurée et deux autres au téléphone). L'assurée n'avait pas demandé d'arrêt de travail, mais si tel avait été le cas, l'incapacité de travail attestée aurait été de 100% au vu des douleurs. Pour les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, on pouvait hésiter entre la coccydynie et une lombalgie. À cela s'ajoutait une obésité morbide. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante socio-éducative était nulle au vu des douleurs. L'assurée était également suivie à la Clinique de la douleur ;
- un rapport 22 mai 2023 du docteur H_____, médecin-chef auprès de la Clinique de la douleur, adressé à la Dre G_____. Celui-ci a rappelé que lors du premier accouchement, les douleurs apparues au niveau du coccyx ou lombaire bas avaient fini par passer après une infiltration, mais qu'après le deuxième accouchement, une infiltration au niveau du ganglion impar n'avait

pas changé la situation. Il s'agissait d'une symptomatologie douloureuse lombaire, essentiellement droite, avec parfois une irradiation jusqu'au talon droit qui rendait la pression assise difficile. L'assurée devait se tenir penchée en avant et les mouvements d'hyperlordose étaient impossibles. Personnellement, le Dr H_____ pensait que le problème se situait plutôt au niveau de la colonne lombaire basse qu'au niveau du coccyx. En effet, même avec une anesthésie locale, le bloc impar n'avait eu aucune efficacité, même temporaire. En conséquence, le Dr H_____ allait essayer d'infiltrer les articulations postérieures lombaires basses, car cliniquement, le problème pouvait se situer à ce niveau.

f. Par avis du 8 août 2023, le SMR a estimé à la lumière des rapports versés au dossier que la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

g. Le 25 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait confier la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire au centre SWISS EXPERTISES MEDICALES Sàrl (SEM), plus précisément aux docteurs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

h. Par courriel du 23 octobre 2023, la Dre F_____ a informé l'OAI qu'elle ne donnerait pas suite à la prochaine demande de rapport que cette autorité lui ferait parvenir sous peu, compte tenu de la cessation du suivi de l'assurée.

i. Le 7 novembre 2023, l'assurée a été examinée par les experts du SEM précités, qui ont rendu leurs conclusions le 18 décembre 2023.

Sur le plan psychiatrique, il n'existait pas de psychopathologie incapacitante ni de psychopathologie spécifique. Le Dr J_____ ne retrouvait pas d'éventuelle majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) chez une assurée qui n'était pas histrionique. Il ne retenait pas non plus d'épisode dépressif en présence d'une modulation affective efficace et d'une capacité hédonique conservée. Par ailleurs, l'assurée n'était pas non plus porteuse d'un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), vu la présence d'un substrat somatique partiellement explicatif et l'absence, entre autres, d'un état de détresse. Il n'existait en définitive aucun diagnostic psychiatrique.

Sur le plan rhumatologique, le Dr I_____ a retenu les diagnostics de status post luxation et de subluxation sacro-coccygienne en précisant qu'il n'y avait aucun argument pour une pathologie rhumatismale inflammatoire. Les caractéristiques qu'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée devait réunir impliquaient l'évitement, d'une part, de la position assise prolongée pendant plus de 40 minutes (tout en envisageant un coussin pour le coccyx) et, d'autre part, des positions agenouillées.

Motivant leur appréciation de la capacité de travail globale, les experts ont retenu en substance qu'en l'absence de psychopathologie, la capacité de travail sur le

plan psychiatrique était entière dans toute activité depuis toujours, y compris la dernière en date. Il en allait de même sur le plan rhumatologique, à ceci près que « la performance » était réduite de 10% en raison de l'atteinte sacroccocygienne persistante, étant précisé que la prescription d'un coussin en position assise était de nature à améliorer la capacité de travail, laquelle était de 90% « depuis toujours », en raison de la diminution de rendement précitée de 10%. Enfin, les experts ont considéré tous deux, chacun pour sa spécialité, que dans la sphère des travaux habituels, l'assurée était tout à fait capable de s'occuper de l'ensemble des tâches qui en faisaient partie (alimentation, entretien du logement, achats et courses diverses, lessive et entretien des vêtements, soins aux enfants et/ou aux autres membres de la famille, etc.).

j. Par avis du 4 janvier 2024, le SMR s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise du 18 décembre 2023. Aussi a-t-il estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 90% (soit 100% avec une baisse de rendement de 10% en lien avec les douleurs au coccyx et la nécessité de changer de position) dans l'activité habituelle d'assistante socio-éducative, ce depuis la dernière décision de l'OAI, datée « du 26 mai 2015 » (*sic*). Il en allait de même dans toute activité adaptée, c'est-à-dire évitant les positions à genoux et permettant, d'une part, d'alterner les positions assise-debout à intervalles n'excédant pas 40 minutes et, d'autre part, d'envisager la position assise avec un coussin pour le coccyx.

k. Dans une note du 5 janvier 2024, relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a constaté que le dernier emploi en date, entre 2015 et 2018, avait été exercé à 80% par l'assurée avant que celle-ci n'émarge au chômage et, finalement, à l'assistance publique. Dans ces conditions, on pouvait retenir un statut mixte, réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle et 20% pour les travaux habituels. En comparant les revenus avec et sans invalidité sur la base de la même statistique salariale, relative à l'enseignement, la perte de gain pour la partie professionnelle atteignait 10%. En l'absence d'empêchement dans les travaux habituels (soit 20% x 0%), le degré d'invalidité final atteignait 8% (soit 80% x 10%).

l. Par projet de décision du 23 janvier 2024, l'OAI a envisagé de rejeter la demande de prestations de l'assurée.

m. Le 27 février 2024, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord avec ce projet et produit :

- une attestation du « 12 octobre 2023 » de la Dre F_____, certifiant que l'assurée était bien suivie par ses soins pour raisons de santé ;
- une IRM lombo-sacrée et coccygienne réalisée le 19 février 2024 par la docteure K_____, spécialiste FMH radiologie, concluant entre autres à un remodelage dégénératif sacro-coccygien avec bursite coccygienne. Par rapport à la précédente IRM lombo-sacro-coccygienne, du 10 juillet 2020, également réalisée par la Dre K_____, on notait la persistance d'une lipomatose

marquée L5-S1 réalisant une déformation en trèfle du sac dural, sans modification significative par rapport à l'examen comparatif précédent.

Concernant le suivi psychiatrique auprès de la Dre F_____, le courriel du 23 octobre 2023 que celle-ci avait adressé à l'OAI était le fruit d'un malentendu, entretemps résolu, ayant abouti à la reprise de la thérapie. Sur le plan somatique, l'IRM du 19 février 2024 était « beaucoup plus réaliste » par rapport à ce qu'elle vivait. Enfin, elle avait mal vécu l'examen rhumatologique en raison de l'attitude de l'expert I_____. Dès le départ, au moment où elle s'était déshabillée, ce médecin avait eu « des propos grossophobe[s] en traitant [s]on ventre de tablier et en étant choqué de [s]a corpulence ».

n. Par avis du 11 mars 2024, le SMR a estimé à la lecture du rapport du 19 février 2024 de la Dre K_____ que la bursite rétro-coccygienne qui y était mentionnée sur fond de douleurs en péjoration constituait un nouvel élément médical susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles en position assise et à la marche. Par conséquent, il y avait, selon le SMR, une péjoration de l'état de santé depuis le 19 février 2024. Depuis lors, la capacité de travail de l'assurée était de 0% dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée. En conclusion, le SMR a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité en lien avec la bursite coccygienne précitée, tout en proposant une révision à six mois de la prise en charge médicale et de l'évolution de cette atteinte à la santé.

o. Par pli du 2 mai 2024 à l'assurée, l'OAI s'est référé au courrier du 27 février 2024 de cette dernière et lui a fait savoir qu'il procéderait à un nouvel examen du dossier au vu des éléments rapportés. Des mesures d'instruction complémentaire seraient peut-être nécessaires. Par la suite, une décision sujette à recours lui serait notifiée.

p. Dans un rapport du 24 mai 2024 à l'OAI, la Dre F_____ a indiqué que la souffrance physique que l'assurée éprouvait depuis la naissance de son deuxième enfant (hyperlaxité du coccyx) avait entraîné des répercussions psychiques ayant un effet sur la capacité de travail, à savoir une décompensation psychique (trouble dépressif, épisode actuel moyen ; F33.1) ainsi que « le diagnostic [...] Z63.0 ». Interrogée sur les limitations fonctionnelles découlant de ces diagnostics, la Dre F_____ a indiqué qu'en « terme de limitations, il [était] davantage question de répercussions avec beaucoup de limitations du périmètre de sortie, l'absence de projections, que ce soit d'un point de vue professionnel ou encore dans sa vie de tous les jours. Les problèmes de sommeil [altéraient] également la qualité de vie [...] notamment la présence d'une fatigue ». La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis février 2023, ce qui correspondait au début du suivi de l'assurée par ses soins. L'état de l'assurée était stationnaire à ce jour et les douleurs prédominantes au niveau du coccyx représentaient le sujet qui revenait toujours dans les consultations. L'obésité morbide (E66) était sans effet sur la capacité de travail.

q. Par avis du 31 juillet 2024, le SMR a relevé à la lecture du rapport du 24 mai 2024 de la Dre F_____ qu'un traitement psychotrope avait été introduit par ce médecin, ce qui n'était pas le cas au moment de l'expertise de décembre 2023. En conséquence, le SMR a estimé que la présence d'un changement du traitement médicamenteux ainsi que l'intrication de l'atteinte somatique avec l'atteinte psychiatrique constituaient des éléments en mesure de soutenir une aggravation de l'atteinte à la santé sur le plan psychiatrique et somatique dès février 2024. Au vu de ces éléments, le SMR a estimé que ses conclusions basées sur celles du rapport d'expertise restaient valides jusqu'à l'aggravation du 19 février 2024. À partir de cette date, la capacité de travail était nulle dans toute activité en lien avec une atteinte somatique et psychiatrique intriquées l'une avec l'autre, à savoir des coccygodynies dans le contexte d'une bursite rétro-coccygienne et d'un status post-luxation, subluxation sacro-coccygienne, diagnostics auxquels s'ajoutait un épisode dépressif. Enfin, le SMR a réitéré sa proposition d'une révision dans un délai de six mois.

r. Le 22 août 2024, l'assurée a informé l'OAI de l'arrêt de ses consultations avec la Dre F_____.

s. Dans un rapport du 16 mai 2025 à l'OAI, la docteure L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'avant sa première consultation en septembre 2024, l'assurée avait arrêté en juillet 2024 le traitement par Cipralax et Xanax prescrit par la Dre F_____, son impression étant que cette médication la rendait apathique. Le retour de la symptomatologie anxio-dépressive qui s'ensuivit avait été à l'origine de la première consultation précitée. L'assurée avait alors semblé constamment souffrante, de sorte que l'entretien s'était poursuivi en position allongée. Sur quoi, l'introduction de Venlafaxine avait été décidée et une amélioration thymique rapidement constatée. Interrogée sur les diagnostics, la Dre L_____ a répondu qu'hormis un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), qui était sans effet sur la capacité de travail, il n'y avait aucun autre diagnostic psychiatrique et, par conséquent, aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychiatrique. Sous cet angle, la capacité de travail était donc entière dans toute activité, y compris l'activité habituelle. Interrogée sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le début de la prise en charge, la Dre L_____ a répondu que celle-ci était favorable lors de la deuxième (et dernière) consultation du 11 novembre 2024, date à partir de laquelle l'assurée avait été « renvoyée » vers son généraliste pour la suite de la prise en charge (Venlafaxine 75 mg/jour). Le pronostic dépendait directement de l'évolution de la problématique somatique « qui [était] la problématique primaire pour cette assurée ».

t. Dans un rapport du 25 juin 2025 à l'OAI, la Dre G_____ a indiqué que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail consistaient en une « coccygodynie vs lombalgie » et une obésité morbide. Elle n'avait pas revu l'assurée (dernier contact téléphonique en mars 2024), mais eu récemment de ses

nouvelles par courriel. L'assurée y rapportait une persistance des douleurs malgré une perte de poids de 18 kg (sous Wegovy) et des séances de physiothérapie du périnée. Elle était suivie à la consultation d'obésité des HUG. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 0%. Interrogée sur les limitations fonctionnelles, la Dre G_____ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas maintenir une position assise de façon prolongée et qu'il existait une douleur continue qui la handicapait dans son quotidien. Questionnée sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la Dre G_____ a répondu qu'au vu des douleurs importantes, « l'impact serai[t] important pour toute activité professionnelle ». En revanche, elle ne savait « pas exactement » dans quelle mesure l'assurée était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères. Enfin, le pronostic sur la capacité de travail lui semblait défavorable.

u. Par avis du 11 août 2025, le SMR a estimé à la lumière du rapport du 16 mai 2025 de la Dre L_____ qu'il y avait une nette amélioration sur le plan psychiatrique dès le 11 novembre 2024 « alors que les atteintes somatiques et psychiatriques étaient intriquées l'une avec l'autre ». En revanche, il n'était pas en mesure de suivre l'appréciation du 25 juin 2025 de la Dre G_____ qui avait été prise en compte par les experts dans leur rapport du 18 décembre 2023. Il n'y avait pas eu d'examen clinique de la part de la docteure G_____ « ni d'élément médical nouveau depuis l'expertise ». En conséquence, le SMR a estimé que la capacité de travail était à nouveau de 90% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, ce dès le 11 novembre 2024.

v. Par décision du 18 août 2025, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée.

Celle-ci présentait une incapacité de travail de 10% dans toute activité dès le 26 mai 2015 (début du délai d'attente). À l'échéance de ce délai, soit le 1^{er} mai 2016, l'incapacité de gain de l'assurée était de 10% dans toute activité, ce qui correspondait à un taux d'invalidité global de 8%, compte tenu du statut mixte de l'assurée (part professionnelle de 80%) et de l'absence d'empêchement rencontrée dans la part de 20% dévolue aux travaux habituels. À la suite de l'incapacité totale de travail ayant commencé en février 2024, le droit à une rente entière d'invalidité aurait pu naître à la fin du délai d'attente, soit en février 2025. Toutefois, les éléments recueillis au cours de la procédure d'audition constituaient, de l'avis du SMR, des indices suffisants pour considérer que l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail dans toute activité de 10% dès le 26 mai 2015, 100% dès le 19 février 2024, puis 10% dès le 11 novembre 2024. En conséquence, depuis le 11 novembre 2024, le degré d'invalidité était à nouveau de 8%, ce qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dans la mesure où celles-ci ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain.

- D.** a. Le 19 septembre 2025, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette

décision, concluant à son annulation, à la constatation d'une incapacité totale et durable de travail depuis mai 2020 et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

À l'appui de ces conclusions, elle a fait valoir en substance que le rapport d'expertise du SEM était impropre à démontrer une incapacité de travail de seulement 10% entre la dernière décision de l'OAI entrée en force, datant de 2015, et le 18 février 2024. En effet, l'expert rhumatologue I_____ avait eu des propos offensants et discriminatoires en qualifiant son ventre de « tablier ». Ce type de remarque grossophobe n'avait aucun fondement médical et démontrait un manque total d'objectivité et de respect. De plus, malgré les explications qu'elle avait données sur la douleur causée par la position couchée sur le dos, l'expert avait poursuivi l'examen en ignorant ses plaintes. La douleur était telle que sa voix tremblait, car elle retenait ses larmes. Cet état était perceptible sur l'enregistrement, mais n'avait pas été mentionné dans le rapport d'expertise. S'agissant de la période à compter du 19 février 2024, l'OAI lui avait reconnu une incapacité totale de travail dans toute activité dès cette date, mais avait « réduit arbitrairement » son invalidité à 8% dès le 11 novembre 2024, alors qu'aucun élément médical ne justifiait une telle amélioration.

Pour étayer sa position, la recourante a produit notamment un rapport du 18 septembre 2025 dans lequel la Dre G_____ a indiqué ne pas comprendre la reconnaissance d'une incapacité de travail à 100% du 19 février au « 11 novembre 2024 » (*recte* : 10 novembre 2024), diminuée à 10% à partir du 11 novembre 2024 malgré un état stationnaire. Même si sa patiente avait perdu plus de 20 kg grâce à un traitement par Wegowy, cette réduction pondérale n'avait eu aucun effet sur la diminution de la douleur liée à sa pathologie. La seule position antalgique supportée était celle allongée sur le côté. Au regard de la sévérité de la douleur, de la nature invalidante de celle-ci et de l'absence de réponse favorable aux traitements entrepris, l'exercice de l'activité habituelle d'assistante socio-éducative était incompatible avec son état de santé actuel. Par ailleurs, « aucune adaptation raisonnable de poste de travail » n'était possible actuellement.

b. Par réponse du 14 octobre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours en faisant valoir que le rapport d'expertise du SEM remplissait tous les réquisits permettant d'en reconnaître la valeur probante. Quant aux remarques de la recourante, l'intimé tenait « à rappeler » qu'un tablier abdominal était bien un terme médical qui désignait le relâchement cutané du bas ventre, et non une remarque grossophobe. Par ailleurs, le service juridique de l'OAI avait procédé à l'écoute de l'enregistrement de la partie somatique de l'expertise. Si on entendait effectivement la recourante manifester ses douleurs et son inconfort, aucun élément objectif ne permettait toutefois de retenir une quelconque partialité de la part de l'expert – qui avait par ailleurs conseillé à la recourante de prendre un nouvel avis orthopédique, étendu à la question des moyens auxiliaires pouvant potentiellement la soulager. Postérieurement à l'expertise, la recourante avait

produit des pièces qui démontraient objectivement une aggravation de son état de santé entre février et novembre 2024, mais pour une durée inférieure au délai d'attente d'une année. Dès lors, cette incapacité de travail ne pouvait ouvrir le droit à une rente. Enfin, le rapport du 18 septembre 2025 de la Dre G_____ avait été soumis au SMR. Ce dernier avait estimé par avis du 6 octobre 2025 que ce rapport n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Selon un avis du 6 octobre 2025 du SMR, annexé à la réponse de l'intimé, les atteintes que la Dre G_____ évoquait dans son rapport du 18 septembre 2025, à savoir une obésité morbide, un trouble de l'adaptation et une coccydynie chronique dans le contexte d'une luxation sacrococcygienne et d'une lipomatose épidurale marquée L5-S1 avec signe inflammatoire s'inscrivaient dans un contexte algique uniquement (douleurs chroniques) puisqu'en l'état actuel du dossier, aucun déficit neurologique n'était rapporté. Par ailleurs, dans son rapport du 18 septembre 2025 précité, la Dre G_____ évoquait une perte de poids de 20 kg chez sa patiente, dont le rapport IRM de la colonne lombo-sacro-coccygienne du 24 novembre 2023 – annexé au rapport d'expertise du SEM – ne décrivait pas et/ou plus la lipomatose épidurale marquée L5-S1 avec signe inflammatoire. Subsidiairement, d'un point de vue médico-théorique, une lipomatose épidurale marquée L5-S1 pouvait être liée à l'obésité dont le traitement était susceptible de traiter ladite lipomatose également. Concernant enfin les interrogations de la Dre G_____ au sujet de la reconnaissance d'une incapacité de travail à 100% du 19 février au 11 novembre 2024, qui avait été diminuée à 10% au vu d'un état stationnaire selon elle, le SMR rappelait que pendant cette période, l'assurée avait présenté une décompensation psychique (cf. les rapports du 24 mai 2024 de la Dre F_____ et du 16 mai 2025 de la Dre L_____, soit un état non stationnaire pendant ladite période. À partir du 11 novembre 2024, l'allégation d'une lourde incapacité malgré un environnement psycho-social intact n'avait pas et/ou plus lieu d'être. Dans ces conditions, le rapport du 18 septembre 2025 de la Dre G_____ n'était pas de nature à modifier le précédent avis du SMR, du 11 août 2025, qui restait valable.

c. Le 31 octobre 2025, la recourante a répliqué, soutenant pour l'essentiel qu'en tant que le SMR reconnaissait une aggravation seulement temporaire entre février et novembre 2024, il ne pouvait pas être suivi. Son incapacité de travail n'avait pas cessé après cette période, mais perdurait depuis 2020 sans rémission notable.

d. Le 4 novembre 2025, une copie de cette écriture a été transmise à l'intimé pour information.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

1.3 Le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

2. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

2.1 L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

2.2 En l'espèce, la décision querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente d'invalidité. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité et, dans ce cadre précis, la question de savoir si le taux d'invalidité

s'est modifié de manière à influencer sur le droit à une telle prestation entre le 25 septembre 2015 – date de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit – et la date de la décision litigieuse (*cf.* ATF 133 V 108 consid. 5).

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

3.2 En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante présente une luxation du coccyx apparue en 2017, que ses médecins considèrent comme la cause d'une incapacité totale de travail du 7 mai 2020 à ce jour, et le SMR du 19 février (date de l'objectivation d'une bursite coccygienne) au 10 novembre 2024 (*cf.* avis du SMR des 11 mars 2024 et 11 août 2025). Dans la mesure où il ressort des considérants qui suivent qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, en l'état de l'instruction du dossier, qu'une modification déterminante pour le droit à la rente serait survenue avant le 1^{er} janvier 2022 et aurait déjà duré trois mois avant cette date (art. 88a RAI), vu l'apparition d'une incapacité de travail supérieure à 20% qu'à compter du 19 février 2024, les dispositions de la LAI et du RAI seront citées, ci-après, dans la version qui est la leur depuis le 1^{er} janvier 2022.

3.3 Lorsque l'administration entre en matière sur une demande de révision déposée par la personne assurée (art. 87 al. 2 RAI), elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré(e) (prenant par ex. la forme d'un nouveau diagnostic posé au cours de la période de comparaison déterminante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_735/2019 du 25 février 2020 consid. 4.5) est réellement survenue. Si l'office AI entre en matière sur la demande de révision, il doit procéder à un examen complet (« *allseitig* ») en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_4/2021 du 1^{er} mars 2021 consid. 6.1.2). S'il constate que le degré d'invalidité n'a pas changé depuis le prononcé de la précédente décision entrée en force (rejetant la demande de rente ou de révision de la rente), il rejette la demande. Dans le cas contraire, il doit en outre examiner si le degré d'invalidité permet d'ouvrir ou augmenter le droit à la rente. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; MEYER/REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 4^e éd., 2022, n. 122 *ad* art. 30 LAI).

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

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

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

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

3.4.2 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la

rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 145 V 141 consid. 5.4 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2023 du 25 janvier 2024 consid. 6.2). Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; Margit MOSER-SZELESS/Jenny CASTELLA *in* Commentaire romand LPGA, 2^e éd. 2025, n. 27 *ad* art. 17 LPGA et les références).

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

4.

4.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM

ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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

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

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

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la

capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

5.3 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.

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

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

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

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

5.3.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

6.

6.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. En application de la jurisprudence précitée (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; cf. aussi 133 V 108 consid. 5.4), il convient, en l'espèce, de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 25 septembre 2015 avec celle existant au moment de la décision litigieuse, le 18 août 2025, pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA.

7.1 Dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurée, déposée le 1^{er} octobre 2014 à la suite d'une fracture de sa cheville droite, subie le 28 janvier 2014, l'OAI avait estimé par décision – non contestée – du 25 septembre 2015 qu'au vu du recouvrement d'une capacité de travail pleine et entière le 1^{er} octobre 2014, l'assurée ne pouvait prétendre à des prestations AI faute d'avoir présenté une incapacité de travail durant une année.

La deuxième demande de prestations, déposée le 18 février 2022, a abouti à la décision du 18 août 2025 litigieuse qui se fonde sur l'avis du 11 août 2025 du SMR. Faisant siennes les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 18 décembre 2023 – en particulier celles retenant l'absence de psychopathologie ainsi qu'une capacité de travail de 90% « depuis toujours » (soit 100% avec une diminution de rendement de 10%) dans l'activité habituelle et toute activité adaptée en raison de l'atteinte sacroccocygienne persistante –, le SMR a toutefois limité la validité temporelle de celles-ci à partir de la date de la dernière décision entrée en force, soit du « 26 mai 2015 » (*recte* : 25 septembre 2015) jusqu'au 19 février 2024, date marquant, selon lui, le point de départ d'une incapacité de travail totale dans toute activité, en raison d'une bursite rétro-coccygienne révélée par l'IRM du 19 février 2024 (*cf.* avis du SMR du 11 mars 2024). Il a par ailleurs

estimé à la lumière du rapport du 24 mai 2024 de la Dre F_____ – retenant une capacité de travail nulle depuis le début du suivi thérapeutique en février 2024, en raison d’une décompensation psychique (trouble dépressif moyen [F33.1] et « diagnostic [...] Z63.0 ») – qu’en tant qu’un traitement psychotrope avait été introduit par cette psychiatre, ce qui n’était pas le cas au moment de l’expertise de décembre 2023, la présence d’un changement du traitement médicamenteux et d’une intrication de l’atteinte somatique avec l’atteinte psychiatrique constituaient des éléments en mesure de soutenir une aggravation de l’état de santé sur le plan psychiatrique et somatique dès février 2024 (*cf.* avis du SMR du 31 juillet 2024). Par la suite, le SMR a encore estimé sur la base du rapport du 16 mai 2025 de la Dre L_____ – faisant état, d’une part, d’une amélioration thymique rapide grâce à la substitution de la Venlafaxine au Cipralex et au Xanax précédemment prescrits par la Dre F_____ et, d’autre part, de l’absence de diagnostic psychiatrique incapacitant le 11 novembre 2024 – que depuis le 11 novembre 2024, la capacité de travail était à nouveau de 90% dans l’activité habituelle comme dans une activité adaptée. Enfin, le 6 octobre 2025, le SMR a estimé à la lumière du rapport du 18 septembre 2025 de la Dre G_____ – évoquant, outre la luxation sacrococcygienne déjà retenue par l’expert rhumatologue, une lipomatose épidurale marquée L5-S1 avec signe inflammatoire, mentionnée dans les rapports IRM des 10 juillet 2020 et 19 février 2024 de la Dre K_____ – que le rapport IRM de la colonne lombo-sacro-coccygienne du 24 novembre 2023 du docteur M_____, spécialiste FMH en radiologie, sur lequel se fondait l’expert I_____ (dossier AI, doc. 77, p. 519), ne décrivait pas ou plus la lipomatose épidurale marquée L5-S1 avec signe inflammatoire rapportée le 10 juillet 2020. En outre, le SMR a mentionné que la Dre G_____ ne rapportait aucun déficit neurologique en lien avec cette atteinte et que subsidiairement, « d’un point de vue médico-théorique, une lipomatose épidurale [pouvait] être liée à l’obésité dont le traitement [était] susceptible de traiter ladite lipomatose également » (*cf.* avis du 6 octobre 2025 du SMR).

7.2 Dans la mesure où pour la période de comparaison déterminante (*cf.* ci-dessus : consid. 3.3), comprise entre le 25 septembre 2015 et le 18 août 2025, date de la décision querellée, le SMR se fonde sur les conclusions du rapport d’expertise bi-disciplinaire jusqu’au 18 février 2024 et, pour la période subséquente, sur ses propres conclusions, il convient d’examiner en premier lieu si le rapport d’expertise précité peut se voir reconnaître valeur probante.

7.2.1 S’agissant du volet rhumatologique de l’expertise, on rappellera que le Dr I_____ a retenu uniquement les diagnostics de status post luxation, subluxation sacro-coccygienne. Cet expert mentionne certes l’IRM lombo-sacro-coccygienne du 10 juillet 2020 – rapportant des remaniements inflammatoires des tissus mous de voisinage et une lipomatose épidurale marquée L5-S1 réalisant une déformation en trèfle du sac dural – dans le résumé du dossier (*cf.* dossier AI, doc. 77, p. 475). Cependant, il ne discute nulle part la lipomatose épidurale L5-S1

précitée (confirmée à l'IRM du 19 février 2024) et indique simplement qu'une « IRM lombo sacrée est demandée [*i.e.* celle du 24 novembre 2023] pour statuer sur l'évolution de la luxation sacro-coccygienne ». Sachant toutefois que l'IRM du 24 novembre 2023 du Dr M_____ se distingue des IRM des 10 juillet 2020 et 19 février 2024 de la Dre K_____ en tant qu'elle ne retient précisément pas la lipomatose épидurale L5-S1 avec déformation en trèfle du sac dural, l'examen rhumatologique et la motivation des diagnostics retenus par l'expert apparaissent lacunaires, à plus forte raison que le SMR souligne l'éventualité d'un déficit neurologique lié à ladite lipomatose, non investigué « en l'état actuel du dossier » (*cf.* avis du SMR du 6 octobre 2025, p. 2). Dans ces conditions, le volet rhumatologique du rapport d'expertise du 18 décembre 2023, incomplet, apparaît dépourvu de valeur probante et donc impropre à démontrer une capacité de travail de 90% (soit 100% avec une diminution de rendement de 10%) dans toute activité et une absence d'empêchements dans les travaux habituels. La chambre de céans se dispensera en conséquence d'examiner si par son comportement et/ou ses remarques à l'endroit de la recourante, perçues comme grossophobes par cette dernière, l'expert aurait manqué d'objectivité et/ou fait preuve de partialité.

D'un point de vue psychiatrique, la chambre de céans constate que, même si l'expert J_____ ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), et que ses explications requièrent de la part du lecteur qu'il recherche lui-même dans l'expertise les différents indicateurs et en fasse la synthèse, il ne résulte pas moins de l'inventaire de tous les points pertinents, en particulier des informations qu'il y a lieu de classer sous l'indicateur « atteinte à la santé », qu'il n'existe pas de psychopathologie. Par ailleurs, les informations à classer sous l'indicateur « personnalité » révèlent des ressources personnelles conservées. On peut être tenté d'objecter que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), retenu en 2018 par l'expert E_____, n'est pas discuté et même ignoré par l'expert J_____ en tant qu'il affirme que la capacité de travail « est de 100% depuis toujours » (dossier AI, doc. 77, p. 514). Cependant, étant donné que la recourante bénéficiait, selon l'expert E_____, d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} juin 2018 (*cf.* dossier AI, doc. 44, p. 363), l'omission de l'expert J_____ de discuter l'incapacité de travail reconnue jusqu'au 31 mai 2018 par le premier expert (en lien avec le diagnostic de trouble de l'adaptation précité) n'a de toute manière pas d'incidence sur la demande de prestations du 18 février 2022, fondée sur une incapacité totale de travail attestée par le Dr D_____ depuis le 7 mai 2020 (*cf.* dossier AI, doc. 43, p. 332). En effet, sachant que, d'une part, le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est interrompu lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (*cf.* art. 29^{ter} RAI), ce qui en l'espèce, était le cas au 1^{er} juillet 2018, et que, d'autre part, une nouvelle incapacité de travail d'au moins 20% qui succède au premier délai d'attente interrompu fait courir un nouveau délai d'attente (au sens de

l'art. 28 al. 1 let. b LAI), sans imputation des périodes d'incapacité de travail ayant couru jusqu'à l'interruption d'au moins 30 jours précitée (MEYER/REICHMUTH, *op. cit.*, p. 290, n. 37 et la référence), la modification provisoire de l'état de santé psychique, rapportée par l'expert E_____, dont les répercussions sur la capacité de travail ont pris fin en juin 2018, est sans pertinence pour apprécier, à la date de la décision litigieuse, si une modification notable du taux d'invalidité (au sens de l'art. 17 LPGA) est survenue depuis la dernière décision entrée en force, du 25 septembre 2015. En outre, la chambre de céans constate que le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 18 décembre 2023 tient compte des plaintes de la recourante, comporte une anamnèse détaillée, une absence de diagnostics motivée (sous les réserves, non pertinentes pour le droit aux prestations, qui précèdent) et des conclusions claires et cohérentes, si bien qu'il peut se voir reconnaître valeur probante, contrairement au volet rhumatologique.

Enfin, il sied de constater qu'en tant que la Dre F_____ faisait état, le 5 juin 2023, d'un épisode dépressif incapacitant évoluant depuis plus de deux semaines, il s'agit là d'une appréciation différente d'un même état de fait soumis à l'expert J_____, ce qui ne suffit pas pour mettre en doute les conclusions de celui-ci.

7.2.2 Concernant les modifications de l'état de fait postérieures à l'expertise du SEM qui, aux dires du SMR, ont consisté en une aggravation de l'état de santé le 19 février 2024 (synonyme d'une incapacité de travail totale dans toute activité), suivie d'une amélioration le 11 novembre 2024 et d'un retour, à cette date, à une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, la chambre de céans considère que les explications du SMR ne sauraient convaincre en l'état de l'instruction du cas, à tout le moins sur le plan somatique.

D'un point de vue psychiatrique, il ressort des rapports des psychiatres traitantes successives qu'après la survenance d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen (F33.1), en février 2023, réduisant la capacité de travail de la recourante à 0% (*cf.* rapport du 24 mai 2024 de la Dre F_____), le changement de médication introduit par la Dre L_____ en septembre 2024 a permis une rapide amélioration thymique, permettant à ce médecin d'évoquer une évolution favorable lors de la dernière consultation du 11 novembre 2024, ainsi qu'une absence de diagnostic psychiatrique incapacitant. En tant que le SMR considère que les rapports de ces psychiatres sont de nature à soutenir une aggravation de l'état de santé de la recourante à compter du 19 février 2024, respectivement une amélioration de celui-ci dès le 11 novembre 2024, il sied de constater que cette appréciation n'est pas critiquée et n'apparaît pas critiquable non plus, à tout le moins sur le plan psychiatrique.

Sur le plan somatique, le SMR a retenu dans son avis du 11 mars 2024 que dans le contexte de douleurs en péjoration, la bursite rétro-coccygienne, rapportée le 19 février 2024 par la Dre K_____, constituait un nouvel élément médical susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles en position assise et à la marche, de sorte qu'il retenait une péjoration de l'état de santé et une capacité de

travail de 0% depuis le 19 février 2024, dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée. Dans cet avis du 11 mars 2024, le SMR a également proposé « une révision à 6 mois de la prise en charge médicale et de l'évolution de cette atteinte à la santé » (dossier AI, doc. 85, p. 552). Force est toutefois de constater qu'à ce jour, le SMR et l'intimé n'ont effectué aucune mesure d'instruction concernant l'évolution et les effets de ladite bursite rétro-coccygienne, pourtant jugée totalement invalidante le 11 mars 2024. Dans son avis du 31 juillet 2024, le SMR a certes tenté de relativiser l'absence d'investigation relative à cette bursite en postulant l'existence d'une atteinte somatique et psychiatrique « intriquée[s] l'une avec l'autre, à savoir des coccygodynies dans le contexte d'une bursite rétro-coccygienne et d'un statut post luxation, subluxation sacro-coccygienne et un épisode dépressif [incapacitant depuis février 2023 selon la Dre F_____] » (dossier AI, doc. 90. p. 564). Restant fidèle à cette logique d'intrication par la suite, le SMR a estimé à la lumière du rapport du 16 mai 2025 de la Dre L_____ qu'à compter du 11 novembre 2024, la capacité de travail de la recourante correspondait à nouveau au taux de 90% retenu par les experts du SEM. La chambre de céans ne saurait se rallier à cette conclusion pour plusieurs raisons. On soulignera tout d'abord que les lacunes qui entachent le volet rhumatologique de l'expertise (*cf.* ci-dessus : consid. 7.2.1) ne permettent pas de retenir, en l'état de l'instruction, qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 90% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée jusqu'à l'aggravation de l'état de santé survenue en février 2024. En second lieu, on ne comprend guère par quel biais l'aggravation de l'atteinte physique, matérialisée par l'objectivation d'une bursite rétro-coccygienne le 19 février 2024, aurait connu une évolution corrélée à l'amélioration thymique rapportée par la Dre L_____, étant relevé que le dossier médical ne comporte aucune information sur l'évolution de cette bursite après sa découverte et que cette psychiatre explique l'amélioration thymique constatée par l'introduction de Venlafaxine en lieu et place des psychotropes précédemment prescrits par la Dre F_____. En troisième lieu, la Dre L_____ précise bien dans son rapport du 16 mai 2025 que malgré l'évolution clinique favorable sur le plan psychiatrique, l'atteinte somatique n'en suit pas moins une évolution qui lui est propre, ce qu'elle souligne par la phrase : « je préconise la poursuite du traitement médicamenteux [par Venlafaxine] jusqu'à la résolution de la problématique somatique » (dossier AI, doc. 97, p. 584).

7.3 Il résulte en synthèse de ce qui précède qu'en l'état de l'instruction du dossier sur le plan somatique, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que depuis la dernière décision entrée en force, du 25 septembre 2015, la capacité de travail de la recourante aurait été de 90% dans toute activité adaptée (y compris l'activité habituelle) jusqu'au 18 février 2024, de 0% entre le 19 février et le 10 novembre 2024 et à nouveau de 90% depuis le 11 novembre 2024.

8. Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction sur le plan somatique au sens des considérants, en particulier en ce qui concerne le diagnostic de lipomatose épidurale L5-S1, l'éventuel déficit neurologique qui s'y rattache et la bursite rétro-coccygienne (*cf.* ci-dessus : consid. 7.2.1 et 7.2.2), si besoin au moyen d'une nouvelle expertise. Cela fait, il lui incombera de rendre une nouvelle décision.

Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, la recourante, non représentée et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle ; on ne saurait considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; *cf.* ég. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand LPGA, 2^e éd. 2025, n. 103 *ad* art. 61 LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 18 août 2025 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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