

CRÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3450/2023

ATAS/512/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Jean-Michel DUC, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1966, après un apprentissage de vendeuse, a travaillé quelques années en cette qualité et s'est ensuite consacrée à l'éducation de ses trois enfants, nés en 1991, 1995 et 1996.
- b.** L'assurée a subi une microdiscectomie par voie interlaminaire le 15 juin 1999, afin de traiter une hernie discale L5-S1 droite, puis, le 5 octobre 2006, une discectomie L4-L5 par abord interlaminaire gauche.
- c.** L'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 26 octobre 2007. Elle y a mentionné qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 80%, alléguant qu'elle avait toujours voulu reprendre un travail lorsque ses enfants auraient été scolarisés, mais n'avait pu le faire en raison de ses hernies discales.
- d.** En juillet 2008, une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée a abouti à la conclusion qu'elle présentait des empêchements dans la sphère ménagère de 12%, en tenant compte de l'aide exigible de ses proches.
- e.** Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confiée au B_____ (ci-après : B_____).

Les docteurs C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au terme de leur examen pluridisciplinaire des 23 et 28 septembre 2010, ont diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques, dans un contexte de status post-opération de hernie discale L5-S1 droite, puis L4-L5 gauche avérée par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) en 2008. Ils ont également mentionné, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.0) depuis probablement 2008.

Selon les experts, il n'y avait aucune limitation sur les plans psychique, moral et social. Sur le plan physique, l'assurée ne pouvait pas porter de charges de plus de 5 kg, ne devait pas effectuer des flexions antérieures fréquentes du tronc et devait pouvoir alterner les positions assise et debout. Répondant à la question de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors, les experts ont indiqué que l'activité de femme au foyer était encore exigible à 70% avec une diminution de rendement de 10% depuis la période précédant la deuxième intervention d'octobre 2006. Une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles pouvait être exercée à un taux de 80 à 90% avec un rendement diminué de 10% environ pour effectuer des étirements, au moins une fois par heure.

Dans un complément d'expertise du 7 avril 2011, les experts ont précisé que, dans l'activité de vendeuse, l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis octobre 2006. Dans une activité adaptée, il était possible d'admettre une incapacité totale d'octobre 2006 à fin 2007 au plus tard et, dès 2008, une capacité de 100%. Les experts retenaient finalement, à ce titre : « 80 à 90% avec diminution de rendement de 10%, ce qui entre dans le taux du statut d'active à 80% ». Pour les activités ménagères, la capacité était, au moins depuis 2008, « à 70%, avec un rendement diminué de 10%, ce qui entre dans le taux du statut de ménagère à 20% ».

f. Le 14 juin 2011, le SMR a admis la totale incapacité de l'assurée à exercer son activité habituelle de vendeuse, mais estimé qu'elle avait recouvré une capacité de 100% avec une baisse de rendement de 10-20% dans une activité adaptée, « à traduire en termes métier par un spécialiste de la réadaptation ». Le taux était de 70% dans l'activité ménagère depuis 2008, voire depuis l'automne 2006. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de flexions antérieures fréquentes du tronc et alternance possible des positions assise et debout.

g. Par décision du 18 octobre 2011, l'OAI, admettant un degré d'invalidité de 82% depuis octobre 2006 et de 23% dès 2008, a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'octobre 2007 à avril 2008. Des mesures d'orientation professionnelle ne se justifiaient pas, l'assurée s'estimant totalement incapable de travailler. La fixation du degré d'invalidité à 23% résultait d'empêchements de 12% dans la sphère ménagère, respectivement d'une invalidité de 26% dans le domaine professionnel. Ce dernier taux était obtenu par la comparaison des revenus sans et avec invalidité, tous deux fondés sur les statistiques, les premiers dans le domaine de la vente, les seconds dans tous domaines confondus, en tenant compte d'une baisse de rendement de 15% et d'une réduction supplémentaire de 10% puisque seule une activité légère était possible.

- B.**
- a.** Une IRM lombaire pratiquée le 10 mai 2019 a conclu à une formation herniaire d'orientation caudale s'étendant de la région postéro-médiane et latérale gauche du disque en L4-L5, exerçant un effet de masse sur l'émergence récessale de la racine L5 gauche. Était aussi présent un rétrécissement foraminal modéré sur la racine L5 gauche, dans un contexte de discopathie dégénérative associée à un discret rétrolisthésis de L5 sur S1 et d'arthrose interfaccettaire postérieure.
 - b.** Selon une IRM du rachis cervical du 5 juin 2019, l'assurée présentait aussi des troubles dégénératifs et discopathiques étagés du rachis cervico-dorsal, avec protrusions participant à des rétrécissements foraminaux droits C3-C4 et C5-C6.
 - c.** Le 31 août 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent puis, le 16 novembre 2020, de mesures professionnelles/rente, en invoquant des hernies (opérées les 15 juin 1999 et 5 octobre 2006) et une hyperlaxité.

d. Le 1^{er} décembre 2020, la commune de E_____ a indiqué employer l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2008. Son travail consistait à balayer le hall d'entrée de l'école à raison d'une heure et demie par semaine.

e. Dans un rapport du 3 décembre 2020, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne générale, sans poser de diagnostic, a indiqué que l'assurée souffrait de blocages intermittents du dos et des cervicales, mais surtout des lombaires. En raison d'une raideur lombaire, il n'y avait pas de reprise du travail possible et une réadaptation n'était pas envisageable. Un soutien thérapeutique par fasciathérapie et ostéopathie allait être mis en place.

f. Le 30 avril 2021, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rappelé que l'assurée avait un lourd passé lombaire avec des hernies opérées et l'une récidivée au niveau L4-L5 en 2019. Elle avait des antécédents de surpoids, dont elle était totalement rétablie, une hyperlaxité articulaire diffuse et souffrait également de discopathie cervicale et de troubles neurologiques de type paresthésies. Récemment, elle s'était plainte d'une douleur au niveau de la cheville droite et derrière le genou droit. Les diagnostics étaient ceux de lombalgies, hernie discale et discopathie cervicale. L'assurée ne pouvait ni marcher, ni rester debout longtemps, ni porter de charges importantes, ni conserver une position assise prolongée. Le Dr G_____ a mentionné que l'assurée effectuait un travail léger de nettoyage à raison d'une heure et demie par semaine.

À l'appui de son rapport, le médecin a produit plusieurs examens radiologiques, dont deux IRM du 10 mars 2021, la première cervicale, la seconde lombaire, concluant à une discopathie dégénérative étagée plus marquée en C5-C6 et C6-C7 avec des débords discaux et un rétrécissement foraminaux gauche significatif en C6-C7, pouvant entrer en conflit avec la racine C7 gauche, respectivement à la stabilité de la volumineuse hernie paramédiane gauche L4-L5 et de la discopathie protrusive L5-S1, mais à une fissuration nouvelle de l'anneau postérieur du disque en L3-L4.

Il a également joint une lettre rédigée le 9 avril 2021 à son attention par le docteur H_____, spécialiste en neurologie, selon laquelle l'examen clinique-neurologique était parfaitement rassurant. N'avaient été retrouvées qu'une perte du réflexe achilléen droit séquellaire à l'opération de 1999 et une légère hypoesthésie sur le 4^e et le 5^e doigt de la main gauche pouvant s'expliquer par une souffrance radiculaire C7 décrite sur l'IRM cervicale. L'IRM lombaire révélait la persistance d'une hernie appuyant légèrement sur la racine L5, mais n'occasionnant aucun déficit neurologique. La prise en charge était essentiellement conservatrice et il n'y avait aucune indication chirurgicale particulière. Une origine fonctionnelle sous-jacente expliquait certainement une partie des plaintes de l'assurée, trouvant son origine dans une possible difficulté sociale et financière.

Il a également produit une lettre du 19 avril 2021 de la docteure I_____, elle aussi neurologue, ayant réalisé un examen électroneuromyographique (ENMG) ne montrant pas d'arguments en faveur d'une neuropathie du nerf ulnaire gauche, en particulier dans le myotome C7 gauche. Un discret ralentissement de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian gauche dans le tunnel carpien à la limite du significatif avait été mis en évidence et l'examen clinique effectué par cette médecin montrait une nuque sensible à la palpation, avec une mobilisation assez souple sans irradiation dans les membres supérieurs et une hyperlaxité ligamentaire de ceux-ci.

g. Dans un rapport du 29 juin 2021, le Dr H_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique et, d'apparition plus récente, des cervicobrachialgies gauches. Le traitement était essentiellement conservateur, avec prise en charge de la douleur et physiothérapie régulière. L'état de santé s'était progressivement aggravé, avec une situation sociale et financière devenue difficile, l'installation d'une anorexie et une perte de poids jusqu'à 40 kg environ. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué que l'asthénie, ainsi que les douleurs (lombalgies et cervicalgies) ne permettaient à l'assurée ni de travailler, ni d'effectuer son ménage. Elle ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle, même à terme, en raison de l'importance du syndrome douloureux chronique. L'incapacité de travail était totale, même dans une activité strictement adaptée.

h. Dans un questionnaire complété en juillet 2021 par l'assurée, celle-ci a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité professionnelle à 80% pour subvenir à ses besoins.

i. Une IRM de la colonne lombaire du 10 juin 2022 a conclu à une lombodiscarthrose importante au niveau L4-L5 et L5-S1, en augmentation modérée par rapport aux comparatifs de 2021, à une protrusion latéralisée du côté gauche responsable d'une sténose foraminale gauche modérée sans signe de sténose canalaire significative, à une volumineuse hernie discale L4-L5 en augmentation par rapport aux comparatifs et à un effet de masse modéré sur la racine L5 gauche dans son récessus, en augmentation modérée par rapport aux comparatifs.

j. Le 24 juin 2022, le Dr G_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, confirmée aux examens radiologiques. Son incapacité totale de travail perdurait depuis février 2021, pour une durée indéfinie.

k. Le 31 août 2022, le Dr F_____ a indiqué que les lombalgies itératives affectant l'assurée causaient des douleurs à ses deux membres inférieurs, une boiterie et une limitation du périmètre de marche. Elle ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle adaptée à son état de santé car elle ne pouvait plus porter de charges.

l. Le 29 septembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie.

m. Le 17 octobre 2022, l'assurée a transmis les questions qu'elle entendait soumettre aux experts, qui ont été intégrées au mandat d'expertise.

n. Les docteurs J_____ et K_____, spécialistes en rhumatologie et médecine interne générale, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assurée le 8 mars 2023.

Dans son rapport du 9 mars 2023, le Dr K_____ a exposé qu'il n'avait quasiment pas relevé de symptômes cliniques de dépression, ni de symptômes franchement pathologiques de la ligne anxieuse. Il a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif réactionnel léger (F41.2), depuis 2006, pouvant avoir atteint, par moments, la gravité d'un épisode dépressif léger, caractérisé (F32), sans syndrome biologique (« somatique », « endogénomorphe ») entre 2008 et 2011, en rémission quasi complète depuis au moins cinq ans. L'état dépressif réactionnel léger de longue durée diagnostiqué par le Dr D_____ s'était plutôt amélioré depuis 2011 ; l'assurée n'avait plus de ruminations anxio-dépressives intrusives et envahissantes à l'endormissement. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique et la capacité de travail de l'assurée dans toute activité professionnelle était entière, sans diminution de rendement. Il n'entendait pas répondre aux questions de l'assurée portant sur des aspects somatiques.

Pour sa part, le Dr J_____ a relevé, dans un rapport du 10 mars 2023 corédigé avec le Dr K_____, que l'assurée avait collaboré de façon adéquate au cours de l'examen physique et n'avait pas adopté de comportement parasite outrancier. Elle ne présentait pas de limitation fonctionnelle manifeste, pouvait déambuler sur les talons et la pointe des pieds, s'accroupir en charge bipodale ou encore mettre ses mains à plat sur le sol sans manifester de gêne lombaire. Dans ces conditions, la perte de fonctionnalité alléguée n'était pas plausible. On ne pouvait retenir une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie au motif d'une hypothétique atteinte organique. Au niveau des diagnostics, sur le plan organique, des cervicalgies et des lombalgies chroniques pouvaient être retenues. L'imagerie à disposition ne montrait pas de conflit avec les racines nerveuses, ce qui était aussi confirmé par l'examen clinique, qui n'avait pas montré d'indice d'une atteinte irritative ou déficitaire en dehors de l'abolition de l'achilléen droit séquellaire de l'intervention de 1999. Il existait aussi un syndrome d'hypermobilité, mais cette hyperlaxité diffuse n'était pas responsable de l'état douloureux. La situation ne s'était objectivement pas détériorée durant les dernières années, d'ailleurs, l'assurée était incapable de décrire une aggravation. L'examen physique était rassurant, ne montrant ni limitation fonctionnelle chez une assurée hyperlaxe, ni le moindre indice d'un conflit disco radiculaire. L'aggravation progressive des troubles dégénératifs rachidiens n'expliquait pas une exclusion du monde du travail. Il n'y avait ainsi pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de 2011. On pouvait toujours admettre qu'il existait une limitation dans le port de charges excédant 5 kg et dans le maintien des postures en flexion antérieure du rachis, ce qui permettait à l'assurée, sur le plan médico-

théorique, d'assumer à plein temps l'activité de vendeuse pour laquelle elle avait été formée, avec une diminution de rendement de 10%. Puisque la capacité de travail était de 90% dans l'activité habituelle, il n'y avait pas lieu d'envisager une autre activité, dite adaptée. De toute façon, l'assurée rendrait caduque toute mesure professionnelle, puisqu'elle les refusait *a priori*. Il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'enquête sur le ménage réalisée durant l'été 2008, qui avait admis un handicap de 12%, s'inscrivant dans le même registre que l'incapacité dans l'activité ordinaire. Les questions posées par l'assurée apparaissaient comme une liste de revendications et étaient dénuées de sens pour un médecin. Il ne pouvait dès lors pas leur donner de réponse pertinente.

o. Le 21 mars 2023, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise bidisciplinaire et, retenant des limitations dans le port de charges excédant 5 kg et dans le maintien des postures en flexion antérieure du rachis, a conclu à une capacité de travail de 90% dans toute activité depuis janvier 2008.

p. Le 27 mars 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit à toute prestation.

q. Le 26 avril 2023, sous la plume de son conseil, l'assurée a allégué que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à plein temps. Selon elle, les atteintes somatiques et psychiques empêchaient toute activité professionnelle.

r. Par décision du 19 septembre 2023, après avoir accepté à deux reprises de prolonger le délai afin que l'assurée puisse transmettre de nouvelles pièces médicales, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à une activité professionnelle et à 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Compte tenu d'une capacité de travail entière dans toute activité, avec une diminution de rendement de 10% depuis janvier 2008, et de l'absence d'empêchements dans la sphère des travaux habituels, le degré total d'invalidité était de 8%

- C.** **a.** Par acte du 23 octobre 2023, l'assurée a interjeté recours contre cette décision précitée auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

La recourante allègue que son statut aurait été mal évalué, sur la base d'une ancienne appréciation ressortant de l'enquête économique sur le ménage effectuée en 2008, alors que sa situation a depuis lors évolué, son cadet étant devenu majeur. Elle soutient que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé, non pas à 80%, mais à 100%. Elle relève que l'intimé n'a par ailleurs pas réalisé de nouvelle enquête ménagère.

S'agissant de l'expertise bidisciplinaire, elle soutient qu'elle ne peut se voir accorder pleine valeur probante. L'expert rhumatologue a fait preuve de prévention à son égard et l'a dénigrée, ce qui ressort de son rapport. Les experts ont par ailleurs ignoré plusieurs rapports de ses médecins traitants, dont les conclusions de l'IRM du 10 juin 2022. Ils n'ont pas systématiquement retranscrit leurs avis quant à sa capacité de travail et n'ont pas non plus expliqué les raisons pour lesquelles ils s'éloignaient de leurs appréciations. Ils ont aussi refusé, de manière particulièrement humiliante et en violation de son droit d'être entendue, de répondre à ses questions, au motif qu'elles étaient dénuées de sens. Lesdites questions ayant été intégrées au mandat d'expertise, il ne leur revenait pourtant pas de juger de leur pertinence. L'expert psychiatre a par ailleurs nié un syndrome somatoforme persistant (F45.4), alors que ce diagnostic ne relève pas de sa compétence. Le dossier a été mal instruit, dans la mesure où l'intimé n'a pas confié l'expertise à un neurologue, alors même que le Dr H_____ concluait à une incapacité totale de travail en raison d'un syndrome douloureux complexe.

Pour le surplus, elle demande une audience publique.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 novembre 2023, a conclu au rejet du recours.

Il argue que les experts ont eu connaissance du dossier complet et les pièces qu'ils recensent dans la synthèse dépendent de leur pertinence et des éléments médicaux objectifs. Le style rédactionnel de l'expert rhumatologue est consistant et ne traduit pas une irritabilité à l'égard de la recourante, qu'il a d'ailleurs jugée authentique, sans pour autant trouver de composante organique à ses plaintes. L'expert psychiatre pouvait légitimement écarter le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, s'agissant d'un trouble psychiatrique. Par ailleurs, le Dr H_____ n'a jamais posé ce diagnostic, mais a retenu un syndrome douloureux chronique en lien avec les douleurs somatiques, en se fondant sur des éléments extra-médicaux ou erronés, tels qu'une perte de poids drastique.

Quant au statut de la recourante, l'intimé rappelle que la principale intéressée a elle-même allégué, en 2021, que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à 80%.

c. Le 15 mai 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit un rapport rédigé le 11 avril 2024 par le Professeur L_____, spécialiste en neurologie, dont elle a requis que les coûts, à hauteur de CHF 3'845.33, soient pris en charge par l'intimé.

Selon l'anamnèse, la recourante se plaint essentiellement de paresthésies et de décharges au niveau du pied gauche et de douleurs au niveau de la fesse et de la cuisse gauches, avec des lombalgies et une irradiation allant parfois jusqu'au mollet, le tout en aggravation depuis 2019. Elle décrit en outre des paresthésies des 4^e et 5^e doigts à gauche, des cervicalgies et des céphalées touchant l'œil. Au status, ont été relevés une nuque plutôt souple, mais avec des douleurs lors de la

mobilisation dans toutes les directions, une hypoesthésie L5 et C8 gauche, une hyporéflexie achilléenne droite, un blocage lombaire important prédominant à droite, avec un syndrome vertébral à type de contracture et une limitation globale des mouvements depuis les lombaires.

Une évaluation en ergothérapie effectuée à la clinique a mis en évidence plusieurs déficits : fatigue excessive, douleurs importantes impactant les activités de la vie quotidienne et relevant parfois de la survie, déficit d'équilibre avec un risque de chute élevé, manque d'endurance dû aux douleurs et à l'inconfort positionnel, léger déficit de force et de dextérité mais restant fonctionnel, capacité physique, endurance et performance fonctionnelle fortement en-dessous des normes lors du port de charges, et incapacité à monter les escaliers avec une charge de 3 kg.

Le médecin conclut que la recourante est capable de réaliser la majorité des activités de la vie quotidienne et domestique, mais que leur réalisation a un impact sur l'augmentation des douleurs et de l'inconfort, pouvant aller jusqu'à l'apparition de maux de tête et de tensions cervicales irradiant dans les membres supérieurs. L'aspect chronique et exacerbé des douleurs, l'inconfort articulaire et la fatigue excessive sont psychologiquement lourds à porter et ont un impact sur la vie de famille de la recourante. Elle a perdu une partie de son indépendance et sa qualité de vie s'est nettement dégradée. Un accompagnement est indispensable lors des sorties, car elle ne peut utiliser les transports en commun en raison des douleurs et de l'inconfort.

Sur le plan neurologique, le Prof. L_____ retient, à titre de « diagnostic principal de l'aggravation » : un syndrome lombo-vertébral et lombo-radiculaire irritatif à prédominance L5 gauche, sur volumineuse hernie discale L4-L5 ainsi qu'un rétrécissement du trou de conjugaison au niveau L5-S1. À moindre niveau, un syndrome cervico-brachial de prédominance C7 gauche, irritatif, est également noté. Ces diagnostics entraînent, à titre de limitations fonctionnelles, une limitation globale de la mobilité du rachis et de la mobilité corporelle en général, avec une limitation du port de charges à 5 kg au maximum, en évitant les positions désaxées, notamment en flexion antérieure, avec une incapacité à maintenir une position assise ou debout prolongée sans douleur importante, forçant la recourante à changer de position.

Les douleurs lombaires et lombo-radiculaires importantes interfèrent constamment dans l'existence de la recourante, dans le cadre d'un syndrome douloureux, désormais chronicisé. La capacité de travail en tant que vendeuse ou dans toute autre activité similaire nécessitant des déplacements, le port de charges et des mouvements multidirectionnels et répétés du tronc, est, selon le professeur, clairement nulle au plan neurologique. Il dit rejoindre par ailleurs le point de vue du Dr H_____ s'agissant de la capacité de la recourante à exercer une activité adaptée, ne voyant pas quelle activité elle pourrait effectuer à ce titre, vu ses limitations lombo-rachidiennes et radiculaires des membres inférieurs.

Il indique qu'il lui est difficile de retracer l'évolution de la capacité de travail dans le temps ; néanmoins, le Dr H_____ évoquait déjà une incapacité totale en 2021, et, en 2022, une aggravation claire a été observée à l'imagerie lombaire, confirmée lors du contrôle d'imagerie fait en marge de son évaluation, qui montre encore une aggravation de l'état de la recourante. Sur le plan professionnel, la perte de rendement est comprise dans l'incapacité de travail, tandis que sur le plan ménager, l'évaluation d'ergothérapie évoque une limitation de rendement de l'ordre de 50%.

d. Le 27 mai 2024, la recourante a informé la Cour de céans que les frais de l'expertise du Prof. L_____ s'élevaient en réalité à CHF 5'757.83, car ils comprenaient ceux de l'expertise ergothérapeutique, dont la facture ne lui était parvenue qu'ultérieurement. Une fois encore, elle a demandé que ces frais soient mis à la charge de l'intimé.

e. Par écriture du 15 juillet 2024, l'intimé s'y est opposé.

Au surplus, se fondant sur un avis du SMR du 12 juillet 2024, il soutient que l'évaluation neurologique produite par la recourante n'amène aucun élément médical objectif permettant de remettre en question l'appréciation des experts. Le diagnostic et les limitations fonctionnelles qu'il retient sont similaires à ceux pris en considération par les experts ; seule l'évaluation de la capacité de travail diverge, fondée sur les plaintes subjectives de la recourante et une fausse appréciation de la nécessité, pour le médecin, de décrire une activité adaptée. Le Prof. L_____ a considéré comme avérées les plaintes de la recourante, sans réellement les questionner ou les expliquer sur le plan neurologique, et ne s'est pas concrètement prononcé sur une activité adaptée, reprochant aux experts de n'avoir pas suggéré des exemples d'une telle activité alors qu'il ne s'agit pas de la tâche du médecin. Il existe des incohérences, telles l'absence de sensibilité évoquée par la recourante, non retrouvée lors de l'examen clinique. La pathologie dont elle souffre relève de plusieurs domaines se chevauchant (orthopédie, rhumatologie, neurologie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation), sans qu'il soit nécessaire de procéder à un examen dans toutes les disciplines, les médecins compétents dans ces divers domaines étant capables d'évaluer l'atteinte.

Selon l'avis du SMR du 12 juillet 2024, il existe par ailleurs des discordances entre ce que rapporte la recourante, les constatations cliniques objectivées du neurologue et le bilan ergothérapeutique. L'IRM réalisée en février 2024, dont le rapport du radiologue n'a pas été versé au dossier et qui rend *a priori* visible une aggravation des troubles dégénératifs rachidiens, ne suffit pas à justifier à elle seule une capacité de travail nulle dans une activité adaptée.

f. Le 5 août 2024, la recourante a soutenu que, contrairement à ce que prétend l'intimé, le Prof. L_____ a mis en exergue des points qui n'ont pas été instruits par les précédents médecins. L'état de fait n'est donc pas identique et quand bien même tel aurait été le cas, le professeur était fondé à opposer son appréciation à

celle des experts. Le diagnostic posé par ce médecin est nouveau et il retient des limitations fonctionnelles différentes, éléments susceptibles d'influer sur son droit à des prestations.

g. Le 3 février 2025, la Cour de céans a appointé une audience de comparution personnelle.

h. Par pli du 19 février 2025, la recourante a indiqué qu'elle renonçait à des débats publics.

i. Le 15 avril 2024, suite aux questions posées par la Cour de céans, le Prof. L_____ a répondu que l'IRM de juin 2022 montrait déjà une péjoration de la hernie discale L4-L5 gauche en comparaison avec celle de 2011, qui montrait le contexte du status post-opératoire. La propre IRM qu'il a fait réaliser en février 2024 a confirmé la péjoration, du fait de la volumineuse hernie discale L4-L5 migrant vers le bas et engendrant un effet de masse au niveau de l'émergence intrathécale de la racine L5 gauche, en parfaite corrélation avec la symptomatologie d'irradiation douloureuse décrite par la recourante.

Une importante sténose du trou de conjugaison L5 gauche par des remaniements arthrosiques confirme aussi la péjoration décrite en 2022. Le syndrome douloureux dont il a parlé dans son précédent rapport est un syndrome douloureux radiculaire L5 avec composante de lombalgie à gauche, sans aucun rapport avec un syndrome somatoforme douloureux. Le tableau douloureux lombo radiculaire gauche est chronicisé du fait de la persistance de la compression radiculaire, à la fois par la hernie discale L4-L5 et par le rétrécissement du trou de conjugaison L5, et n'a pas à voir avec des éléments somatoformes ou de surcharge psychogène.

Les limitations fonctionnelles – correspondant à celles listées dans son rapport du 11 avril 2024 – interfèrent constamment avec les activités générales de la recourante, lesquelles restent possibles, mais sont ralenties et moins efficaces, selon le bilan d'ergothérapie pratiqué.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, permettant notamment de changer fréquemment de position et de ne pas porter de poids de plus de 5 kg, la recourante peut théoriquement travailler deux à trois heures par jour au maximum, avec un rendement très vraisemblablement diminué de 1/3 à 50%.

Le Prof. L_____ s'est par ailleurs exprimé sur l'avis du SMR du 12 juillet 2024 et s'est étonné que l'intimé se satisfasse d'une expertise purement rhumatologique, alors que le problème clinique consiste en une atteinte nerveuse, sous la forme d'une pathologie radiculaire compressive, ce qui rend nécessaire au minimum un avis neurologique.

S'agissant de l'évaluation en ergothérapie, il a précisé que la diminution de rendement de 50% implique non seulement l'empêchement à effectuer certaines

tâches, mais aussi le ralentissement et la mauvaise réalisation de celles-ci, en raison des douleurs.

Il n'y a pas de contradiction avec l'enquête économique sur le ménage réalisée en juillet 2008.

Le Prof. L_____ a au surplus transmis les deux rapports d'IRM lombaire et cervicale du 2 février 2024 et les annexes mentionnées dans le rapport d'ergothérapie.

j. Par écriture du 16 mai 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que l'avis neurologique du Prof. L_____ s'inscrit dans une approche spécialisée indispensable compte tenu de la nature radiculaire de ses troubles. Pleinement probant, il démontre qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail résiduelle, y compris dans une activité strictement adaptée. Le rendement réduit de 50% sur le plan ménager corrobore par ailleurs le degré de dépendance partielle, qui s'illustre également par le fait qu'elle ne peut plus utiliser les transports en commun et a besoin d'aide lors des sorties, en raison des douleurs et de l'inconfort.

k. Le 28 mai 2025, se référant à un avis du SMR du même jour, l'intimé a soutenu que les réponses du Prof. L_____ ne permettaient pas de se ranger à sa position. L'intimé lui reproche de se baser essentiellement sur des éléments anamnestiques pour produire une appréciation différente du même état de fait.

L'avis du SMR joint relève que, comme signalé par le Prof. L_____, il existe une aggravation des rachialgies autant au niveau clinique que radiologique. Cet état de fait n'explique cependant pas une exclusion du monde du travail, notamment dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. Les conclusions du médecin quant à l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée ne sont pas claires et un spécialiste de la réadaptation serait plus à même de se prononcer sur le type d'activité et l'employabilité. L'avis qu'il exprime quant à la diminution de rendement n'est pas non plus facilement compréhensible et l'on peut se demander si le temps de présence est de 2-3 heures et si, sur ce temps de présence, la diminution de rendement est de 50%, ou si cette dernière correspond à la capacité de travail résiduelle. Enfin, le neurologue ne se prononce pas de manière détaillée et systématisée sur les empêchements dans la sphère ménagère. Dès lors, le SMR s'en rapporte au rapport d'expertise rhumatologique du Dr J_____.

l. Le 23 juin 2025, la recourante a déposé une réplique spontanée, par laquelle elle a contesté la valeur probante du dernier avis du SMR et maintenu que les conclusions du Prof. L_____ devaient être suivies.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, au vu du fait que le délai de 30 jours est parvenu à échéance le 21 octobre 2023, soit un samedi, et a été reporté au 23 octobre 2023, premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 1 et 38 al. 3 *cum* art. 60 al. 2 LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et la force probante de l'expertise bidisciplinaire.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*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).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait en mai 2021 dès lors que la demande de prestations a été déposée en novembre 2020, voire au plus tôt en mars 2021 compte tenu de la réception d'une demande d'allocation pour impotent en septembre 2020 par l'intimé (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

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

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.3 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015

consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

3.4 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le

juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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).

3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4. En l'espèce, il convient en premier lieu de se prononcer sur la méthode d'évaluation de l'invalidité, la recourante alléguant que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à plein temps. Elle fait en particulier valoir que la reconnaissance d'un statut mixte (80% de part professionnelle et 20% de part ménagère) repose sur une ancienne appréciation résultant de la première enquête économique sur le ménage de 2008, qui n'aurait pas été réévaluée en dépit d'un changement important des circonstances. Son fils cadet était en effet âgé de douze ans en 2008, raison pour laquelle elle avait dû diminuer son taux d'activité ; il est désormais bien plus âgé et elle ne doit plus travailler à temps partiel pour se charger de son éducation.

La thèse que développe la recourante dans ses écritures ne peut être suivie. Elle se heurte en effet à ses déclarations faites en juillet 2020 aux termes desquelles, alors qu'elle était expressément interrogée à ce propos, elle a exposé qu'en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle à 80%, afin de vivre, manger et payer ses factures. Or, son fils cadet était à l'époque largement majeur, de sorte que la situation familiale avait déjà évolué depuis 2008. Il sied en outre de constater que cette volonté de travailler à 80% était présente de longue date, puisque la recourante déclarait déjà, en 2007, dans le premier questionnaire servant à déterminer son statut, qu'elle aurait travaillé à ce taux si son état le lui avait permis, dès que ses enfants auraient été scolarisés.

L'intimé ayant instruit la question du statut de la recourante en s'enquérant auprès de celle-ci de ses aspirations quant à la répartition de son temps, l'argument tiré de l'absence d'actualisation de l'enquête ménagère de 2008 sur ce point tombe à faux.

Par ailleurs, dans la mesure où, selon la jurisprudence, il convient d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré, qui correspondent généralement à celles faites alors que la personne n'était peut-être pas encore consciente de leurs conséquences juridiques, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités), et au vu du fait que la recourante ne se prévaut d'aucun autre élément pouvant attester de sa volonté de travailler à plein temps, il sied en l'occurrence de confirmer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le statut retenu par l'intimé, de personne active à 80%.

5. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire et a admis une incapacité de travail de 10% dans toute activité. Compte tenu de l'absence d'empêchement pris en considération dans la sphère ménagère et de la pondération des deux sphères d'activités, cela la conduit à un degré d'invalidité global de 8%.

La recourante critique pour sa part les conclusions afférentes à sa capacité de travail et estime, au vu des avis exprimés par le Prof. L_____, qu'elle est totalement incapable de travailler dans la moindre activité.

Il convient en premier lieu d'examiner la question de la valeur probante à accorder à l'expertise bidisciplinaire des Drs J_____ et K_____.

5.1 À titre liminaire, il sied de constater que la recourante ne critique pas de manière détaillée les conclusions du Dr K_____, aux termes desquelles elle ne présente pas de diagnostic ou de limitations fonctionnelles incapacitantes sous l'angle psychiatrique. Le fait que l'expertise bidisciplinaire ne mentionne pas, dans la synthèse du dossier, certains rapports médicaux de la précédente généraliste et rhumatologue ayant attesté d'un état dépressif sévère en 2009 ne paraît pas déterminant, compte tenu de l'absence de spécialisation en psychiatrie du médecin concerné, du fait que, dans l'intervalle, une expertise psychiatrique se prononçant sur cette période a été mise en œuvre, et que le Dr K_____, sans être contredit par la recourante, a retenu que l'atteinte psychique était en rémission depuis au moins cinq ans. S'agissant en outre de l'absence de prise en considération des questions complémentaires posées par la recourante, il sied de constater qu'elles portaient exclusivement sur des aspects somatiques, de sorte qu'il ne peut être fait grief à l'expert psychiatre de ne pas les avoir traitées. Quant à la négation d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr K_____ était habilité à se prononcer à cet égard, s'agissant d'une maladie classifiée dans les maladies psychiques selon la CIM-10 (F45.40).

Par conséquent, à défaut de tout autre élément médical qui viendrait contredire l'appréciation du Dr K_____, son caractère probant peut être confirmé.

5.2 Le même raisonnement ne peut être tenu s'agissant de l'expertise rhumatologique du Dr J_____. Bien que cette expertise ait été établie sur la base d'observations cliniques, ainsi que du dossier déjà constitué, qu'elle dresse une anamnèse et tienne compte des plaintes exprimées par la recourante, plusieurs éléments conduisent à faire douter de ses conclusions.

Le Dr J_____ indique qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée au B_____ en 2011, mais aboutit, contradictoirement, à un autre résultat. Alors que les experts du B_____ retenaient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de vendeuse, aux yeux du Dr J_____, la capacité de travail de la recourante dans une telle profession est au contraire totale, avec uniquement une diminution de rendement de 10%. Par ailleurs, l'expert ne mentionne pas, à titre de limitation fonctionnelle, la nécessité d'alterner les positions alors que le premier expert rhumatologue retenait cette limitation. Le Dr J_____ affirme aussi qu'il n'y a pas eu de détérioration objective de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise de 2011, quand bien même l'imagerie réalisée depuis lors, en particulier l'IRM du 10 juin 2022, conclut à une volumineuse hernie discale L4-L5 en augmentation par rapport aux comparatifs, entraînant un effet de masse modéré sur la racine L5 gauche. Son affirmation selon laquelle les images, « pour évidentes », n'occasionneraient pas de conflit avec les racines nerveuses est ainsi peu compréhensible. À ces éléments intrinsèques, qui jettent déjà le doute sur le bien-fondé de l'expertise

rhumatologique, s'ajoute le fait que le Prof. L_____, spécialiste FMH en neurologie, fait état, dans son rapport du 15 avril 2025, d'une compression algique de la racine L5 gauche, en corrélation avec la symptomatologie d'irradiation douloureuse décrite par la recourante. Cette compression de racine est un élément objectif qui a été mal appréhendé dans l'expertise rhumatologique et qui, ajouté aux autres manquements relevés, est suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions. Le SMR lui-même admet, dans son avis du 28 mai 2025, que les rachialgies se sont aggravées, tant au niveau clinique que radiologique.

Au vu de l'analyse incomplète, sous l'angle neurologique, de la situation, une pleine force probante ne peut par conséquent être reconnue à l'expertise rhumatologique, sans qu'il faille se prononcer sur tous autres les griefs soulevés par la recourante à son sujet.

5.3 Il sied par ailleurs de constater que le SMR, après avoir pris connaissance des rapports du Prof. L_____, ne remet pas en cause les constats radiologiques et cliniques posés par ce dernier. Il se contente d'arguer que l'état de santé de la recourante ne justifierait pas son exclusion du monde du travail, notamment s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, alors que le Prof. L_____ n'y a pas conclu, puisqu'il retient, sur le plan médico-théorique, une capacité de travail résiduelle de 2-3 heures par jour dans une activité adaptée. Concernant la question de la baisse de rendement, il paraît assez clair, au vu des réponses du médecin précité, qu'il l'estime de 1/3 à 50% sur le temps de présence admis, à savoir que le rendement est diminué d'autant durant les 2-3 heures de temps de présence. Quant à l'intimé, il n'élève aucune objection circonstanciée contre l'appréciation du neurologue, mais se limite à dire que les limitations fonctionnelles reconnues (épargne du rachis et fatigue) n'empêcheraient pas l'employabilité. Outre que le Prof. L_____ n'a pas nié toute capacité de travail, l'intimé méconnaît ainsi que ce médecin n'a pas uniquement décrit une limitation de la mobilité du rachis, mais aussi de la mobilité corporelle en général, ainsi qu'une incapacité à maintenir une position assise ou debout prolongée, cette nécessité à devoir alterner les positions ayant d'ailleurs aussi été reconnue par la rhumatologue du B_____ dans son expertise.

À ce stade de la procédure, l'intimé n'oppose par conséquent aucun argument sérieux aux conclusions motivées du Prof. L_____, qui rejoignent par ailleurs celles des médecins traitants.

Cela étant, du fait du statut mixte de la recourante (*cf.* consid. 4 *supra*) et du fait que, contrairement à ce que soutient la recourante, les conclusions émises sur le plan neurologique ne font pas état d'une entière incapacité de travail, la Cour de céans n'est, en l'état, pas en mesure de se prononcer sur l'invalidité globale de la recourante. Il manque en effet une évaluation actualisée de ses capacités fonctionnelles dans son ménage, la précédente enquête économique, effectuée en 2008, remontant à plusieurs années avant l'aggravation de sa situation de santé et à une époque où l'assurée vivait avec ses trois enfants mineurs. Bien que le bilan

d'ergothérapie dressé conjointement avec l'évaluation du Prof. L_____ donne des renseignements utiles quant aux facultés de la recourante à réaliser certains gestes de la vie courante, il ne répond cependant pas à tous les critères d'une enquête économique sur le ménage et n'intègre en particulier pas la question de l'aide exigible des proches. Le Prof. L_____ a au surplus précisé que la diminution de rendement de 50% ressortant de l'évaluation en ergothérapie tenait aussi compte, en sus de l'empêchement à réaliser certaines tâches, du ralentissement et de la mauvaise réalisation de celles-ci. Or, pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 133 V 504 consid. 4.2), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé. Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2. et les références).

Au regard des principes cités ci-dessus, il apparaît ainsi indispensable d'examiner l'exigibilité du fils majeur de la recourante, qui partage le logement avec sa mère. En vertu du caractère fractionnable des tâches ménagères, le ralentissement cité par le neurologue pourrait par ailleurs ne pas être déterminant dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité.

Dans ces circonstances, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une nouvelle enquête économique sur le ménage et nouvelle décision quant au degré d'invalidité de la recourante, en tenant compte, s'agissant de l'invalidité dans la sphère professionnelle, des constats neurologiques mis en évidence par le Prof. L_____, non contestés de manière convaincante par le SMR.

6. La recourante conclut à ce que les frais d'établissement du rapport du 11 avril 2024 du Prof. L_____ – CHF 5'757.83 – soient pris en charge par

l'intimé. Ce dernier s'y oppose, arguant que l'on ne saurait lui faire supporter les frais d'un examen neurologique non nécessaire, qui plus est effectué à la demande de la recourante, avant que la Cour de céans n'ait apprécié la valeur probante de l'expertise qu'il avait diligentée. Cet examen ne constituerait par ailleurs pas une expertise au sens propre, mais évaluerait différemment un même état de fait, serait basé sur des questions lacunaires, et ne contiendrait pas de diagnostics différentiels ou de tests de validation des symptômes.

Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGa, les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 et la référence). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par le juge cantonal. Il peut suffire qu'il donne lieu à des investigations supplémentaires qui n'auraient pas été ordonnées en son absence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 et les références).

En l'espèce, le rapport du 11 avril 2024 du Prof. L_____ était utile à la résolution du litige, puisqu'il a évalué l'état de santé de la recourante d'un point de vue neurologique et a permis de mettre en évidence le fait que les conclusions de l'expert rhumatologue étaient erronées. Dans ces circonstances, il ne s'agissait pas, contrairement à ce que prétend l'intimé, d'un examen superflu et d'une simple appréciation divergente d'un même état de fait. L'intimé ne saurait au demeurant être suivi lorsqu'il affirme que la recourante aurait dû attendre l'appréciation de la Cour de céans au sujet de l'expertise bidisciplinaire, avant de mandater un expert privé. Elle se trouvait en effet confrontée au fait que l'intimé avait accordé une pleine valeur probante à l'expertise bidisciplinaire, et était dès lors en droit de recueillir d'autres avis médicaux permettant d'en infirmer les conclusions. Au vu des contradictions internes assez évidentes dont souffrait l'expertise rhumatologique (*cf.* consid. 5.2 ci-dessus), il peut par ailleurs être fait grief à l'intimé de ne pas avoir ordonné lui-même d'autres mesures d'instructions, laissant ainsi à la recourante la charge de compléter l'état de fait, ce qui n'est pas admissible dans une procédure soumise au principe inquisitoire (art. 43 LPGa).

L'intimé ne critique par ailleurs en aucune façon le montant des honoraires facturés, qui se composent des frais de reddition de l'expertise neurologique (CHF 2'500.-), des frais de consultation et d'examen neurologiques (CHF 408.70), des frais de l'IRM et du radiologue (CHF 936.65), ainsi que des frais de l'évaluation en ergothérapie (CHF 1'912.50). Ces frais n'apparaissent pas

excessifs et doivent ainsi être mis intégralement à la charge de l'intimé, pour un montant total de CHF 5'757.85.

Par opportunité, il sera par contre renoncé à faire supporter à l'intimé les frais du rapport complémentaire du 15 avril 2025, de CHF 300.-, occasionnés par la demande de renseignements de la Cour de céans.

7. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 19 septembre 2023 annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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.
3. Annule la décision du 19 septembre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à rembourser à la recourante le montant de CHF 5'757.85.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Pascale HUGI

Karine STECK

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