

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3734/2024

ATAS/350/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Andres PEREZ, avocat

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1985, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 27 mars 2020, se plaignant d'une discopathie protrusive.
- b.** Après instruction du cas, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, datée du 24 août 2020, en considérant que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle d'assistante parentale.
- c.** L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'OAI le 7 novembre 2022, se plaignant de douleurs dorsolombaires chroniques, depuis 2019.
- d.** Elle a communiqué à l'OAI un rapport médical du docteur B_____, médecin-chef auprès de la clinique de la douleur, daté du 3 janvier 2023. Ce dernier a indiqué, comme motif de consultation, des douleurs diffuses et a posé un diagnostic de fibromyalgie. Il a rappelé qu'il s'agissait d'une patiente connue, depuis plusieurs années, pour des douleurs lombaires basses, se plaignant d'une douleur thoracique antérolatérale droite. La patiente évoquait également une fatigue diurne importante, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, des pertes de mémoire, une irritabilité, une vision floue et un état dépressif avec démotivation importante. À l'examen clinique, le médecin a considéré que la patiente était en bon état général, avec une palpation diffusément douloureuse de la cage thoracique. Il a présenté plusieurs propositions de traitement des douleurs à l'assurée, qui a répondu qu'elle allait y réfléchir.
- e.** Dans un second certificat médical du 28 février 2023, rédigé par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, oncologie et hématologie, ce dernier a constaté des douleurs articulaires musculaires diffuses et a retenu un diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de probable fibromyalgie, évaluant l'état de santé comme étant stationnaire. Il a estimé que dans son activité habituelle, l'assurée disposait d'une capacité de travail de deux heures par jour, avec des limitations fonctionnelles lui interdisant de soulever des poids dépassant 4 kg, tout en précisant qu'il fallait éviter des positions debout et assise trop longues.
- f.** Par avis médical du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, daté du 8 novembre 2023, ce dernier a proposé de réinterroger les Drs C_____ et B_____ et de demander à l'assurée si elle avait débuté un suivi psychiatrique ou rhumatologique.
- g.** Sommée par l'OAI de fournir des renseignements médicaux complémentaires, l'assurée a indiqué qu'elle était suivie par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui a complété un questionnaire médical daté du 8

décembre 2023, dans lequel il a indiqué qu'il voyait la patiente tous les deux mois et que cette dernière souffrait d'une fibromyalgie ayant une incidence sur la capacité de travail. Il a précisé qu'elle n'avait pas de psychiatre traitant mais qu'une recherche de psychiatre était en cours. Il n'a pas pu se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles, mentionnant que cela devait être « testé ».

h. Après avoir pris connaissance du rapport médical du Dr D_____, le SMR, dans son avis médical du 5 mars 2024, a considéré qu'en l'absence d'un suivi spécialisé autant psychiatrique que rhumatologique, il n'était pas en mesure de se prononcer et considérait qu'une expertise bi-disciplinaire avec volet rhumatologique et psychiatrique était nécessaire, afin d'établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail.

i. L'assurée a été informée de ces éléments et a répondu à l'OAI, par courrier du 18 mars 2024, qu'elle était désormais suivie, sur le plan psychiatrique, par le docteur E_____, médecin assistant en psychiatrie, et qu'elle allait commencer un suivi rhumatologique avec le Dr B_____.

j. L'OAI a confié un mandat d'expertise bi-disciplinaire aux docteurs F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Les experts ont rendu leur rapport en date du 10 juillet 2024. Dans le cadre de l'évaluation médicale consensuelle ils ont considéré que l'assurée souffrait, au plan somatique, de douleurs lombaires sur discopathie protrusive L4 – L5 sans conflit disco radiculaire (M 54.5) et d'une fibromyalgie (M 79.7). Sur le plan psychique, elle souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne (F 32.1). Les limitations fonctionnelles, sur le plan somatique, étaient d'éviter les efforts de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol ainsi que le port de charges proches du corps de plus de 20 kg, ponctuellement. Sur le plan psychique, l'état dépressif moyen entraînait des limitations en termes de concentration et participait, en partie, à la fatigue. Cela ne diminuait pas la capacité de travail en termes de taux d'activité mais en termes de rendement. L'expert psychiatre avait également constaté, à plusieurs reprises, des troubles de la concentration nécessitant un effort, voire un temps de pause, avant d'être rétabli. En conclusion, les experts considéraient que la capacité de travail, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, était globalement de 80%, depuis janvier 2023, étant précisé qu'il ne s'agissait pas d'une limitation de la capacité de travail mais d'une baisse de rendement globale de 20%.

B. a. Par projet de décision du 24 juillet 2024, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser toute prestation invalidité, reconnaissant une baisse de rendement de 20% qui équivalait à un taux d'invalidité du même pourcentage, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition faisant suite à la réception du projet de décision, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport médical du 28 août 2024, rédigé par le Dr E_____ et contresigné par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, exerçant dans le même cabinet. Le rapport mentionnait que l'assurée était suivie [par le Dr E_____] depuis le 13 décembre 2023 et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) qui avait une répercussion durable sur sa capacité de travail. L'état était décrit comme stationnaire, depuis le début de la prise en charge et la capacité de travail, dans une activité habituelle ou adaptée aux limitations fonctionnelles, était considérée comme nulle. Les limitations fonctionnelles mentionnaient le retard pour la prise de décision, la passivité « face aux choses », une capacité à se mettre en relation en retrait, en raison de ses symptômes dépressifs, ses douleurs somatiques réduisant sa capacité à se mouvoir et l'amenant à rester allongée. Elle manquait d'énergie et souffrait d'une fatigabilité qui l'empêchait de réaliser des activités spontanées. Elle exprimait une perte de confiance en elle et avait des difficultés pour maintenir sa concentration de façon soutenue, de même qu'elle présentait un ralentissement psychomoteur, avec une évolution lente et des troubles mnésiques.

c. Par avis médical du 9 octobre 2024, le SMR s'est prononcé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire ainsi que sur le rapport médical du Dr E_____ du 28 août 2024 et a considéré que le rapport du psychiatre traitant n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux permettant de retenir une aggravation de l'état de santé. Il s'agissait simplement d'une évaluation différente de celle des experts, d'un même état clinique.

d. Par décision du 10 octobre 2024, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a maintenu son taux d'invalidité de 20% ainsi que son estimation que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.

C. a. Par acte posté en date du 8 novembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 10 octobre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a longuement exposé sa situation médicale, mentionnant que les douleurs diffuses persistaient et qu'elle avait commencé à suivre des séances chez un psychiatre depuis le mois de décembre 2023.

b. Par courrier du 18 novembre 2024, la chambre de céans a attiré l'attention de la recourante sur le fait qu'elle n'exposait pas les motifs de son recours et ne formulait pas de prétentions. Elle lui accordait un délai au 2 décembre 2024 pour compléter son recours, ce que l'assurée a fait, par courrier du 29 novembre 2024, concluant à ce qu'une rente lui soit octroyée, en raison de son incapacité de travail à 10% qui était due à ses fortes douleurs liées à une fibromyalgie. Elle joignait, en annexe, un rapport médical du Dr B_____, daté du 23 octobre 2024 et qui

reprenait, dans les grandes lignes, le contenu de son précédent rapport daté du 3 janvier 2023.

c. Par réponse du 5 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, joignant en annexe un avis médical de son SMR, daté du 26 novembre 2024, qui considérait que le rapport médical du Dr B_____ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau, susceptible de modifier la précédente appréciation du cas, dès lors que le médecin ne relevait aucun déficit sensitivomoteur lors de son examen clinique et que les plaintes douloureuses étaient identiques à celles relevées par l'expert rhumatologue, étant précisé que le traitement antalgique était inchangé.

d. Par réplique de son mandataire, datée du 7 mars 2025, l'assurée a allégué qu'une nette aggravation de son état de santé s'était produite depuis le rapport d'expertise, citant notamment le rapport du 28 août 2024 du Dr E_____ qui mentionnait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec des limitations fonctionnelles différentes de celles retenues par les experts. De surcroît, il résultait d'un nouveau rapport du Dr E_____, daté du 27 février 2025, que la dose de Duloxétine avait été augmentée avec, de surcroît, un traitement supplémentaire de Mirtazapine. Selon l'assurée, le rapport d'expertise ne pouvait pas se voir reconnaître une valeur probante, au vu de l'aggravation de l'état de santé qui s'était produite postérieurement. La recourante confirmait ses conclusions en annulation de la décision querellée et à ce qu'une rente entière lui soit octroyée. Subsidiairement, elle concluait au renvoi de la cause à l'OAI, pour complément d'instruction et nouvelle décision.

e. Par duplique du 1^{er} avril 2025, l'intimé s'est fondé sur l'avis médical de son SMR du 18 mars 2025 pour contester les appréciations du psychiatre traitant, relevant que, dans le rapport d'examen neuropsychologique du 11 juin 2024, il n'était mentionné aucun test de validation des symptômes, permettant d'acter les conclusions de la neuropsychologue et que dans le rapport du 27 février 2025, le psychiatre traitant ne précisait pas le degré de gravité du trouble dépressif récurrent. De surcroît, le suivi psychiatrique n'était que bimensuel et l'état de l'assurée était considéré comme stationnaire depuis le début du suivi, soit antérieurement à l'expertise. S'y ajoutait que les limitations psychiques n'étaient pas uniformes, dans tous les domaines comparables de la vie, chez une assurée qui était en capacité de gérer seule ses deux enfants et qui était surtout limitée par les douleurs dorsolombaires. En conclusion, la valeur probante du rapport d'expertise devait être confirmée, ce d'autant plus que les experts ne pouvaient pas se déterminer sur l'évolution de l'état de l'assurée postérieurement à la réalisation de l'expertise.

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

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations invalidité de l'OAI.

3.

3.1 La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442).

3.2 L'art. 28b LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). La let. b des dispositions transitoires relatives à cette modification prévoit notamment que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de ladite modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à cette date, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (al. 1). La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b de la loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (al. 2). Le Message précise que la quotité de la rente est calculée conformément au nouveau système si son taux d'invalidité a subi une modification d'au moins cinq points de pourcentage (FF 2017 2504). On rappellera ici que l'art. 17 LPGA régissant la révision du droit à la rente en cas de modification du taux d'invalidité s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.1).

3.3 Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, il y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel

généralement applicables (*cf.* sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2).

En l'occurrence, la décision querellée fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en date du 7 novembre 2022 et refuse l'octroi d'une rente, dont le droit serait né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

En vertu de l'art. 28 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2).

4.2 L'art. 29 al. 1 LAI énonce que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit son 18^e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Conformément à l'art. 29 al. 3 LPGGA, la date à laquelle l'annonce a été remise à la Poste ou déposée auprès de l'organe est déterminante s'agissant du moment auquel les prestations ont été faites valoir (Guy LONGCHAMP, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 28 et 40 *ad* art. 29 LPGGA).

- 5.** 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 LPGGA. 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).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

Dans un arrêt du 17 novembre 2021, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il

doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

6. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

6.2 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, 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).

6.3 S'agissant de la valeur probante des 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 et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2)

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. En l'espèce, il convient d'examiner si le rapport d'expertise du 10 juillet 2024, rédigé par les Drs F_____ et G_____, satisfait aux exigences en matière de valeur probante de rapports médicaux.

8.1 L'expertise bi-diciplinaire a été basée sur le dossier médical complet de la recourante, qui y est résumé. Elle contient, au plan formel, les éléments nécessaires selon la jurisprudence, puisque les médecins ont relaté l'anamnèse, les plaintes de la recourante, ont consigné leurs observations cliniques et posé des diagnostics précis avant de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

Sur le fond, la recourante ne mentionne pas de contradictions intrinsèques de l'expertise qui pourraient affaiblir sa valeur probante, mais considère qu'une nette aggravation de son état de santé s'est produite après la tenue de l'expertise (voir réplique, p. 10).

8.2 La recourante reproche aux experts, d'avoir sous-estimé l'impact de la fibromyalgie sur sa capacité de travail.

Il convient de rappeler qu'en matière d'expertise administrative, lorsque les experts, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé

Les experts ont reconnu que le diagnostic de fibromyalgie avait une incidence sur la capacité de travail au plan somatique, induisant un léger retentissement sur la vie quotidienne (rapport d'expertise, p. 8). Ledit diagnostic de fibromyalgie n'est

pas repris dans le cadre de l'expertise psychiatrique où le seul diagnostic incapacitant retenu est celui de l'épisode dépressif d'intensité moyenne (rapport d'expertise, p. 7).

L'expert rhumatologue a ainsi considéré que la capacité de travail était de 100% depuis le 17 mars 2020 avec une baisse de rendement de 20% depuis janvier 2023 en raison du diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a admis une baisse de rendement de 20%, mais les deux experts ont clairement mentionné que les diminutions de rendement ne se cumulaient pas entre les deux spécialités (rapport d'expertise, p. 10).

Le point de départ de la diminution de rendement, dès janvier 2023, a été retenu suite au diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr B_____, au sein de la clinique de la douleur (rapport d'expertise, p. 11).

S'agissant de ce dernier, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée dans son rapport médical du 3 janvier 2023, mais mentionne une palpation diffusément douloureuse de la cage thoracique, ainsi que de la ceinture scapulaire, la colonne cervicale, dorsale et lombaire, raison pour laquelle il estime que les douleurs diffuses chroniques remplissent les critères diagnostics d'une fibromyalgie. Son rapport médical daté du 23 octobre 2024 est complètement superposable à celui du 3 janvier 2023. La seule différence entre les deux rapports est que celui de 2024 mentionne que la recourante a bénéficié d'un traitement de stimulation magnétique transcrânienne, du 10 septembre au 16 octobre 2024, avec une amélioration partielle sur le sommeil, mais sans effet sur les douleurs. La mention finale, dans le rapport de 2024, des douleurs persistantes, sous forme de lombosciatalgies et dorsalgies irradiant à la paroi thoracique gauche, était déjà présente dans le précédent rapport médical de 2023, sous la rubrique « Examen clinique ».

Il résulte de ce qui précède qu'aucune aggravation objective de l'état de santé sur le plan somatique n'a pu être établie entre janvier 2023 et octobre 2024.

8.3 Sur le plan psychiatrique, la recourante considère que la situation s'est aggravée sur le plan symptomatologique depuis l'expertise et se fonde, pour justifier cette aggravation, sur les appréciations figurant dans le rapport du Dr E_____ du 28 août 2024.

À cet égard, il convient de rappeler que le rapport d'expertise est daté du 10 juillet 2024 et que la recourante a été examinée et entendue par les experts respectivement les 4 et 24 juin 2024. Il paraît peu probable qu'une aggravation aussi importante de son état de santé, sur le plan psychiatrique, se soit produite dans le court laps de temps de deux mois qui sépare l'entretien avec l'expert psychiatre et le rapport médical du Dr E_____.

L'expert psychiatre retient, à titre de diagnostic, un épisode dépressif d'intensité moyenne, tout en expliquant en détail (rapport d'expertise, p. 30), qu'aucun des trois signes principaux de l'épisode dépressif ainsi que quatre des signes

secondaires ne permettent « de retenir un épisode dépressif sévère ». La récurrence de l'épisode dépressif est exclue par l'expert (rapport d'expertise, p. 31) « en l'absence d'antécédent en la matière ».

La description des antécédents médicaux personnels, tels qu'ils ressortent de la discussion entre l'expert psychiatre et la recourante démontre que ce n'est qu'en mars 2024 qu'une prise en charge psychiatrique médicale a débuté avec un traitement par Mirtazapine, initialement à 15 mg, puis augmenté à 30 mg sur une période de deux mois, suivi d'un traitement par Cymbalta 30 mg. Aucun épisode dépressif précédent n'est mentionné par la recourante. Selon cette dernière, c'est son médecin traitant qui a considéré qu'elle avait besoin de « trouver quelqu'un pour parler », elle consulte ainsi une infirmière en alternance avec un psychiatre, à raison « d'une à deux fois par mois » (rapport d'expertise p. 26 et 27).

De son côté, le Dr E_____ retient dans son rapport médical du 28 août 2024, p. 2, un « trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère », mention brève qui n'est pas accompagnée de justification ou de motivation permettant de comprendre les raisons pour lesquelles il considère que l'épisode dépressif est sévère plutôt que moyen. Il n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles il considère que l'épisode dépressif est récurrent.

Vu l'absence d'épisode dépressif antérieur, on ne saurait retenir un caractère récurrent.

8.4 Sur le plan des limitations fonctionnelles, l'expert psychiatre mentionne, dans le cadre des fonctions cognitives, une concentration et une attention fluctuantes sans toutefois objectiver de troubles de la mémoire de travail. Sur le plan de l'humeur, il constate des signes d'abaissement de l'humeur, avec une mimique une tonalité vocale atone, quelques épisodes de larmes, une tonalité du discours triste et négative et des signes de fatigue et de fatigabilité qui s'observaient avec une dynamique générale qui va décroissante. L'expression est morose, pour ne pas dire négative. Aucun élément pouvant évoquer l'anxiété, la dissociation ou un vécu traumatique n'est retenu par l'expert. Sur le plan de l'attention et de l'hyperactivité, l'expert a mentionné une attention et une concentration fluctuantes qui nécessitent un effort pour être maintenues dans le temps.

De son côté, le Dr E_____ mentionne une thymie basse, des ruminations anxieuses, des troubles du sommeil, une faible capacité d'adaptation aux règles et routines, une faible capacité de décision et de jugement, des difficultés à établir des contacts et à évoluer dans un groupe, une capacité limitée à mener des activités avec ses enfants, une hygiène de vie fluctuante, des problèmes de concentration et troubles de la mémoire, une grande fatigabilité et une faible gestion du stress, ce qui, selon le psychiatre traitant, justifie une capacité de travail nulle.

Les limitations fonctionnelles divergent ainsi, en substance, sur l'existence de troubles du sommeil, de ruminations anxieuses, d'une faible gestion du stress et d'une faible capacité de décision et de jugement.

L'expert psychiatre mentionne ne pas avoir discerné de signe en rapport avec une insomnie, notamment pas de fluctuation de la vigilance, ni de bâillement, tout en relevant que les troubles du sommeil évoqués par la recourante sont, au moins en partie, expliqués par la recourante elle-même, en raison de plaintes douloureuses. L'expert ne retient pas non plus de ruminations anxieuses, en expliquant en détail son choix et mentionne qu'il n'y a pas d'entrave au bon fonctionnement de l'expertisée, notamment sur le plan professionnel.

S'agissant du traitement suivi par la recourante cette dernière mentionne, pour étayer ses allégations selon lesquelles ses troubles de la santé se seraient aggravés, que la dose de Duloxétine a été augmentée et qu'elle bénéficie désormais d'un traitement supplémentaire de Mirtazapine.

Or, le traitement antidépresseur est mentionné dans l'expertise psychiatrique, l'expert relevant qu'à teneur de l'analyse des dosages sanguins, l'observance du traitement de Duloxétine est incomplète ou le métabolisme de l'assurée est rapide (rapport d'expertise, p 30). L'augmentation de la dose de Duloxétine ne fait que répondre à cette constatation et ne peut être considérée comme fondant une aggravation. En ce qui concerne la Mirtazapine, l'expert rappelle que l'assurée avait déjà été initialement mise au bénéfice de ce traitement à 15 mg, augmentés à 30 mg sur une période de deux mois sans ressentir de bénéfices (rapport d'expertise, p. 27).

Partant, les allégations de la recourante concernant son traitement pharmacologique ne sont pas de nature à démontrer une aggravation de ses troubles psychiatriques.

On ajoutera que le rapport médical du 27 février 2025 du Dr E_____ ne peut être retenu pour fonder une aggravation de l'état de santé de la recourante dès lors qu'il se prononce sur une situation médicale postérieure à la date de la décision querellée du 10 octobre 2024 ; en effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

8.5 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans constate que les explications et les justifications des experts pour déterminer la gravité de la dépression, l'absence de récurrence et les limitations fonctionnelles sont plus élaborées et développées que celles du psychiatre traitant.

Les appréciations du psychiatre E_____ ne permettent pas de retenir de contradictions ou de lacunes dans le rapport d'expertise ; il s'agit d'appréciations

différentes du même état de fait, étant précisé que la différence ne porte que sur la gravité de la dépression, considérée comme sévère par le Dr E_____ et moyenne par l'expert psychiatre. On peut d'emblée exclure le caractère récurrent de la dépression, dès lors qu'aucun épisode dépressif antérieur n'est objectivé.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles se recoupent largement et les divergences s'expliquent également par des différences d'appréciation entre l'expert psychiatre et le psychiatre traitant.

Aucun élément objectivement vérifiable n'a été ignoré dans le cadre de l'expertise, qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions des experts. À l'aune de ces éléments, la chambre de céans retient que le rapport d'expertise présente une pleine valeur probante et est exempt de contradictions et/ou de lacunes.

De surcroît, la recourante n'a pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé entre le moment où elle a été expertisée et le moment où la décision a été rendue.

Étant rappelé que s'agissant de la valeur probante des 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 et les références).

Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, encore moins, quand, comme dans le cas présent, le diagnostic de dépression et de fibromyalgie est partagé aussi bien par les experts que par les médecins traitants et qu'il s'agit de divergences d'appréciation quant à la gravité d'un trouble de la santé.

La décision doit ainsi être confirmée dans son résultat.

9.

9.1 Mal fondé, le recours est rejeté.

9.2 Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03])

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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