

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4314/2025

ATAS/722/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 1

En la cause

A_____
représentée par Me Marie-Josée COSTA, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Amélie PIGUET MAYSTRE, présidente ; Yves MABILLARD et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, originaire du Portugal, est arrivée en Suisse le _____ 1992 et est titulaire d'une autorisation d'établissement.
- b.** Elle est divorcée et mère de deux enfants.
- c.** Elle bénéficie d'une aide financière versée par l'Hospice général depuis le 1^{er} juillet 2024.
- B.** **a.** Le 12 août 2024, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en indiquant souffrir d'une arthrose, d'une hernie discale, d'un problème psychique et d'une dépression depuis 2016. Elle précisait à cet égard qu'elle était incapable de travailler depuis le 22 mai 2023. S'agissant de sa dépression, elle était apparue à la suite de décès, d'idées noires et de problèmes au travail. Elle avait travaillé en qualité de serveuse à temps plein pour un revenu annuel brut de CHF 39'400.-.
- b.** Le 13 septembre 2024, l'OAI a réceptionné diverses pièces de l'instruction de l'assurance-maladie perte de gain, dont notamment les documents suivants :
- un courrier du 18 décembre 2023 du docteur B_____, médecin traitant de l'assurée et spécialiste en médecine interne générale, dans lequel il a indiqué que la recourante souffrait de douleurs lombaires et cervicales ainsi que d'un état anxio-dépressif. Il estimait qu'elle ne pouvait plus travailler dans son métier de serveuse et que sa capacité de travail était limitée en raison de « post-charge, station debout et état psychologique labile ».
 - un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2024 du docteur C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et du docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, effectué à la demande de l'assurance perte de gain maladie (ci-après : APG) de l'employeur de l'assurée.

Ils avaient examiné séparément l'assurée le 10 janvier 2024 après avoir lu son dossier et un résumé de celui-ci.

Sur le plan somatique, le Dr C_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies L5 gauches sur discopathie L5-S1, spondylolisthésis de grade 1 sur lyse isthmique bilatérale de L5, arthrose interapophysaire postérieure L5-S1, cervicalgies communes non compliquées sur discopathie C5-C6 débutante, épicondylalgie médiale gauche (épitrochléalgie).

Ces diagnostics étaient sans influence sur la capacité de travail comme serveuse, hormis pour certaines tâches de port de charges lourdes comme des caisses de 12 kg dans des escaliers. La cervicalgie commune et l'épicondylalgie médiale étaient sans influence significative sur sa capacité de travail.

Les irradiations au membre supérieur gauche jusqu'à la main ne correspondaient à aucune étiologie documentée, elles pouvaient nécessiter des investigations complémentaires, à savoir un électromyogramme (ci-après : EMG). Une éventuelle atteinte L5 pouvait être également documentée par un EMG.

Sur le plan psychique, le Dr D_____ a indiqué que la symptomatologie dépressive et anxieuse légère réactionnelle au décès de sa sœur le 14 juillet 2023 était compatible avec un diagnostic de trouble de l'adaptation. Le trouble de l'adaptation était à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles avec tendance au repli social, difficultés dans la gestion des émotions avec tristesse, pleurs et anxiété et hypersensibilité au stress. Une capacité de travail de 50% était plausible depuis probablement cinq mois, date du décès de sa sœur. Il était essentiel que l'assurée soit prise en charge par un psychiatre. Il était probable qu'elle puisse récupérer une pleine capacité de travail en l'espace de deux mois dès le moment où elle commencerait un suivi psychiatrique intégré.

- un courrier du 10 janvier 2024 du docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de l'assurée depuis le 1^{er} mars 2024, lequel a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travailler en raison de son état psychiatrique. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique avec à l'avant-plan une humeur dépressive, anhédonie, insomnie, fatigue, fatigabilité, aboulie avec nécessité de fournir des efforts importants pour effectuer des tâches minimales, apathie, baisse marquée du seuil de tolérance aux stress, et des polyalgies.
- une décision du 21 février 2024, confirmée le 28 mars 2024, considérant que l'assurée était apte au travail dans son emploi habituel à 50% à partir du 1^{er} avril 2024, ceci en excluant les tâches en relation avec la cave et le port de charge de plus de 10 à 12 kg. Jusqu'au 31 mai 2024, les prestations d'indemnités journalières étaient allouées à 50%. Elles étaient suspendues à compter du 1^{er} juin 2024.
- un courrier du 7 mars 2024 du Dr B_____, indiquant que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité en raison d'un état dépressif. Le conflit qui l'opposait à son employeur péjorait son état de santé.
- un avis sollicité par l'APG de l'employeur de l'assurée, établi le 25 avril 2024 par le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur le rapport du Dr D_____ du 30 janvier 2024 et sur le courrier du Dr E_____ du 10 janvier 2024.

Le Dr F_____ a indiqué qu'à la lecture du rapport d'expertise du Dr D_____, les conclusions étaient amenées d'une manière convaincante, les critères d'une dépression caractérisée avaient été rigoureusement écartés par l'expert et son constat d'une capacité de travail de 50% était cohérent avec un

status psychiatrique sans grande particularité et un fonctionnement quotidien sans altération significative. Le Dr E_____ donnait une description clinique contrastée avec celle du Dr D_____, sans rapporter de dégradation de l'état psychique ni d'événement nouveau depuis le début de son suivi. Il exprimait donc plutôt une divergence d'opinion diagnostique initiale sur la nature de l'épisode plutôt qu'une transition défavorable vers une maladie grave. Une telle fluctuation de la symptomatologie entre les deux avis psychiatriques ne correspondait pas bien à la persistance des symptômes qui était attendue lors d'un épisode de dépression caractérisée. Les critères du DSM-5 pour ce diagnostic ne se retrouvaient d'ailleurs pas réunis en suffisance dans la description clinique mixte et aspécifique donnée par le psychiatrique traitant, a fortiori ceux qui appuieraient une intensité sévère. Le traitement médicamenteux qui consistait toujours en une monothérapie antidépressive prescrite à sa dose minimale ne correspondait d'ailleurs pas aux recommandations de la prise en charge d'une dépression caractérisée, après deux essais antérieurs d'antidépresseurs. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas non plus discutées de manière explicite. Il ne retrouvait pas d'élément médical réellement nouveau ou plausible pour faire revoir la position de l'APG, alignée sur les conclusions mieux argumentées du Dr D_____ qui restaient toujours vraisemblables. Le trouble d'adaptation était une affection réactionnelle et transitoire par définition, avec une durée maximale de six mois après le facteur de stress, qui était pour l'assurée le décès de sa sœur survenu en juillet 2023. Le pronostic de l'expert d'une récupération complète en février 2024 était bien un maximum, sans risque de rechute non plus en l'absence d'événement intercurrent.

c. Par questionnaire du 16 septembre 2024, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité totale de travail du 22 mai au 1^{er} avril 2024 (sic). Son activité de serveuse n'était plus possible, elle devait changer d'activité. Il a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de cervicalgies, lombalgie et état dépressif.

d. Par questionnaire du 20 septembre 2024, le Dr E_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. L'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis le début de sa prise en charge et son pronostic était incertain.

Le Dr E_____ a retenu des limitations fonctionnelles psychiques (ralentissement psychomoteur, fatigue, aboulie, difficultés de concentration et de mémoire, diminution marquée du seuil de tolérance au stress) et physiques (polyalgies), se référant à cet égard au rapport du Dr B_____. L'assurée était apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle à 50%. Elle était en incapacité de travail totale depuis le début de sa prise en charge dans son activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée depuis le 17 septembre 2024.

e. Dans un questionnaire du 21 octobre 2024, l'employeur de l'assurée a indiqué qu'il avait résilié le contrat de travail au 30 juin 2024 en raison de l'arrêt maladie de longue durée de l'assurée. Depuis le 1^{er} janvier 2023, son salaire mensuel était de CHF 3'840.-.

f. Selon une note au dossier de l'OAI du 31 octobre 2024, l'employeur de l'assurée avait indiqué que cette dernière ne travaillait plus que 40 heures, au lieu des 45 heures, et ce depuis le 1^{er} avril 2024 en raison de la pandémie du COVID-19. L'assurée conservait un statut d'active à 100%.

g. Dans un avis du 25 novembre 2024, la docteure G_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était vraisemblablement aggravé depuis le rapport d'expertise du Dr D_____ avec une évolution du trouble de l'adaptation vers un épisode dépressif. Il y avait lieu de réinterroger le Dr E_____ en janvier 2025 pour voir l'évolution de l'assurée.

h. En réponse à un questionnaire de l'OAI du 12 mars 2025, la docteure H_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assurée une seule fois et ne pas pouvoir se déterminer sur les questions relatives notamment à ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, précisant toutefois qu'elle n'avait vu l'assurée qu'une fois. En revanche, elle a posé les diagnostics sans répercussion durable sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe gauche, arthropathie acromio-claviculaire, pieds plats avec gonalgies internes. Elle ne pouvait exclure ni affirmer que la tendinite de la coiffe ne devienne chronique et ne risque de limiter le travail de serveuse de l'assurée à plus long terme.

i. Par courrier du 11 mars 2025, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a informé l'OAI que l'assurée avait bénéficié de prestations cantonales en cas de maladie (ci-après : PCM) dès le 31 janvier 2025.

Il annexait notamment un formulaire de preuves de recherches personnelles d'emploi relatives au mois de décembre 2024, dont il ressortait que l'assurée avait effectué diverses postulations.

j. Par questionnaire du 21 mars 2025, le Dr E_____ a relaté une péjoration, depuis son dernier rapport, des atteintes à la santé de l'assurée. Cette dernière était en incapacité totale de travail depuis le début de sa prise en charge dans son activité habituelle et depuis le 21 mars 2025 dans une activité adaptée. Il renvoyait à son précédent rapport s'agissant des limitations fonctionnelles.

k. Dans un avis du 11 avril 2025, la Dre G_____, du SMR, a conclu que l'assurée présentait des atteintes dégénératives cervicales et lombaires qui n'empêchaient pas une activité adaptée selon l'expertise du Dr C_____. Sur le plan psychiatrique, le Dr E_____ évoquait une péjoration mais son rapport était très sommaire : il ne fournissait pas de *status*, de limitation fonctionnelle et

renvoyait au rapport précédent où il retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Au vu des discordances, il y avait lieu de demander une expertise psychiatrique.

l. Par courrier du 13 juin 2025, le SMR a convoqué l'assurée à un examen clinique psychiatrique prévu le 15 août 2025 auprès du docteur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin de son service.

m. Par courrier du 19 juin 2025, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible en raison de son état de santé.

n. Le Dr I_____, du SMR, a rendu son rapport le 16 septembre 2025. Il a considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte avec répercussion durable sur sa capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation (F 43.2) et de dysthymie (F 34.1) sans répercussion sur la capacité de travail. Il retenait, dans toute activité, une incapacité de travail de 50% dès juillet 2023 jusqu'au 30 novembre 2023 et une capacité de travail entière à partir du 1^{er} décembre 2023 dans l'activité de serveuse et dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique medico-théorique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle durable dans l'activité de serveuse. Il n'y avait pas d'incapacité durable à suivre une mesure de réadaptation.

Il était d'accord avec la date de début d'incapacité de travail pour motifs psychiatriques retenue par le Dr D_____ dans son expertise, soit à partir du décès de sa sœur courant juillet 2023. Il retenait le même taux de 50% d'incapacité de travail dans le contexte d'un trouble de l'adaptation. En revanche, il ne partageait pas l'appréciation dudit médecin concernant la durée de cette incapacité de travail. Il considérait que le trouble de l'adaptation avait évolué vers une dysthymie à partir de décembre 2023 avec des symptômes dépressifs et anxieux fluctuants, non constants et non incapacitants dans l'activité de serveuse.

Force était de constater que, du fait de la procédure de conciliation entamée contre son ancien employeur, l'assurée n'aurait pas pu reprendre son activité de serveuse chez celui-ci. De plus, en raison de son âge élevé et de l'absence de formation reconnue de serveuse, l'assurée n'aurait pas pu retrouver d'activité similaire, comme cela s'était d'ailleurs illustré quand elle avait fait de nombreuses recherches d'emploi en décembre 2024 avec des retours négatifs pour ces motifs. Ces éléments représentaient des facteurs extra-médicaux et avaient fortement influencé l'inactivité professionnelle durable.

Il était noté des divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes.

Le Dr I_____ a précisé que dans la mesure où il n'était pas compétent pour en juger, il ne s'était pas prononcé sur l'implication éventuelle de pathologies somatiques dont s'était plainte l'assurée (ménopause, carence en fer, prédiabète),

ainsi que sur le fait que la Dre H_____ émettait des réserves dans son rapport du 12 mars 2025.

o. Dans un rapport du 22 septembre 2025, la Dre G_____, du SMR, a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé incapacitante, une lombosciatalgie sur discopathie L5-S1, et au titre d'autres atteintes, des cervicalgies sur discopathies C5-C6. La capacité de travail exigible de l'assurée dans l'activité habituelle de serveuse était de 0% dès le 23 mai 2023. Dans une activité adaptée, elle était de 100% dès le 1^{er} décembre 2023.

Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du rachis cervical et lombaire, pas de flexion - extension répétée du tronc et de la nuque. L'aptitude à la réadaptation avait débuté le 1^{er} décembre 2023.

Les atteintes dégénératives cervicales et lombaires n'empêchaient pas une activité adaptée selon l'expertise du Dr C_____. Les atteintes somatiques évoquées par le Dr I_____ n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail durable.

p. Par décision du 3 novembre 2025, notifiée le 10 novembre 2025, l'OAI, confirmant son projet de décision du 23 septembre 2025, a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle, dès le 23 mai 2023, et considérait que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 100% dès le 1^{er} décembre 2023. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 50'464.-) et avec invalidité (CHF 51'318.-) faisait apparaître une perte de gain de zéro, de sorte que le degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles de reclassement.

- C. a.** Par acte du 8 décembre 2025, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée pour se prononcer sur son état de santé et sa capacité de travail exigible et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité, avec suite de dépens. Subsidiairement, elle concluait au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en place de mesures d'ordre professionnel, fixation du degré d'invalidité et nouvelle décision, et plus subsidiairement encore, au renvoi à l'intimé pour expertise médicale.

La décision litigieuse reposait uniquement sur l'appréciation du SMR qui n'avait aucune valeur probante. En effet, cette dernière était contredite par les éléments au dossier, soit en particulier les rapports du Dr E_____, notamment celui du 27 novembre 2025, produits à l'appui du recours. Le SMR s'était également écarté des conclusions de l'expertise effectuée à la demande de l'APG, ce alors qu'il ne

l'avait examinée qu'en 2025 et non en 2023 ou 2024. Il ne faisait ainsi que des suppositions sur la période passée.

Le certificat médical du Dr E_____ du 27 novembre 2025 soulignait la gravité et la chronicité de ses atteintes psychiques, lesquelles conduisaient à une totale incapacité de travail.

De plus, les atteintes physiques n'avaient pas été investiguées par l'intimé de manière exhaustive afin notamment de connaître leur évolution.

Elle contestait dès lors la capacité de travail et les limitations retenues par le SMR, ses conclusions n'ayant aucune valeur probante.

Par ailleurs, le degré d'invalidité devait être revu après instruction complémentaire, étant relevé que l'intimé devrait également examiner si compte tenu de son âge, elle pourrait exploiter son éventuelle capacité de travail résiduelle.

b. Par réponse du 7 janvier 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La décision litigieuse s'était appuyée sur le rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025. Une lecture attentive de ce rapport permettait de constater que les allégations de la recourante étaient infondées. Il contenait une anamnèse complète, une description des plaintes et de la vie quotidienne de la recourante, des diagnostics clairs, un *status* et des conclusions médicales motivées.

L'appréciation du Dr E_____ n'était pas à même de mettre en doute les conclusions du SMR, qui s'était par ailleurs déterminé de manière détaillée et convaincante sur les raisons pour lesquelles l'avis dudit médecin ne pouvait être suivi.

Dans son rapport du 20 septembre 2024, le Dr E_____ signalait que, malgré un épisode dépressif sévère et une évolution de l'état de santé péjorative, la recourante était en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée. Dans son rapport du 21 mars 2025, le Dr E_____ renvoyait entièrement à son dernier rapport complété, il ne faisait état d'aucun changement dans la situation médicale de la recourante, il ne mentionnait ni nouveau diagnostic ni ne fixait de nouvelles limitations fonctionnelles et il évaluait pourtant la capacité de travail de la recourante comme étant nulle. L'incapacité de travail arrêtée par ce médecin n'était pas suffisamment motivée et n'était pas susceptible de faire douter de l'appréciation faite par l'examineur du SMR. Le nouveau rapport du Dr E_____ du 27 novembre 2025 était ainsi superposable aux rapports précédents.

Par ailleurs, le SMR s'était également prononcé de manière motivée et avait donné des explications cohérentes et concluantes sur les motifs pour lesquels il s'était écarté en partie uniquement des conclusions du Dr D_____.

Une retouche légère devait être apportée à la comparaison des revenus effectuée, ce qui ramenait le revenu sans invalidité à un montant de CHF 50'794.- en lieu et place de CHF 50'464.-, mais ne modifiait en rien la perte de gain, qui était toujours de 0%.

Enfin, la recourante échappait au champ d'application de la jurisprudence relative aux assurés d'âge avancé. En effet, au moment déterminant, à savoir au plus tard en septembre 2025, date du rapport du SMR, elle était alors âgée de 57 ans.

L'intimé a annexé un avis du SMR du 6 janvier 2026, dans lequel celui-ci s'est déterminé sur le rapport du Dr E_____ du 27 novembre 2025 : il relevait que le Dr I_____ n'avait pas noté de ralentissement psychomoteur durant les trois heures quarante d'examen. Il n'avait pas non plus noté de difficulté d'attention, de concentration et de mémoire. L'examen de la thymie ne montrait pas d'humeur dépressive à un degré nettement anormal, peu ou pas influencé par les événements, ni de diminution marquée des intérêts ou du plaisir pour les activités habituellement agréables, ni de réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité de façon constante. Le Dr E_____ n'apportait pas d'éléments nouveaux ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis l'examen du Dr I_____. Son rapport était similaire à celui du 20 septembre 2024 où il retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 17 septembre 2024.

c. Par réplique du 10 février 2026, la recourante a indiqué que l'intimé se limitait à faire prévaloir les conclusions du SMR sur tous les éléments au dossier, éléments qui contredisaient pourtant son analyse de l'état de santé.

Par ailleurs, l'intimé oubliait que le canton de Genève prévoyait un salaire minimum dont il n'avait pas été tenu compte, ce qui faussait le calcul de la comparaison des gains.

Elle produisait un courriel du Dr E_____ du 2 février 2026, dans lequel ce dernier répondait à des questions qu'elle lui avait posées. Celui-ci a indiqué ne pas être d'accord avec les avis du SMR. La symptomatologie (et le diagnostic) était fluctuante du point de vue des symptômes anxio-dépressifs et ces rapports ne tenaient pas compte de ces fluctuations. La capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle subissait une diminution de rendement en raison de la fatigue et de la baisse de la tolérance au stress.

d. Dans sa duplique du 3 mars 2026, l'intimé a persisté dans ses conclusions et renvoyé à ses précédentes écritures.

Le rapport du Dr E_____ du 2 février 2026 n'apportait aucun élément qui aurait été ignoré et qui permettait de faire douter de ses conclusions médicales. Il était identique à celui du 27 novembre 2025, sur lequel le SMR s'était déjà prononcé.

Il a produit un avis du SMR du 3 mars 2026 sur les réponses du Dr E_____ du 2 février 2026. Le traitement restait inchangé et il n'avait pas été nécessaire d'hospitaliser la recourante. Les limitations fonctionnelles n'avaient pas été objectivées dans l'examen du SMR. Le Dr E_____ n'amenait pas d'élément nouveau ou ayant été ignoré par le SMR. La prise en charge n'était pas en faveur d'une dépression déclarée résistante, laquelle nécessitait l'administration d'autres traitements.

e. Cette écriture a été transmise à la recourante.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; 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 au plus tôt en janvier 2025, soit six mois après le dépôt de la demande du 12 août 2024 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

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

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au

moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

10.

10.1 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

10.2 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

10.3 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification

spécialisée ou pour d'autres raisons. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

10.4 Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

10.5 Le Tribunal fédéral a récemment 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).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10.6 Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

10.7 Le trouble de l'adaptation est une atteinte à la santé psychique qui n'est, en principe, pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante. Un trouble de l'adaptation dure rarement plus de six mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

Cependant, selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10), le psychiatre peut préciser le diagnostic de trouble de l'adaptation au moyen de sept subdivisions, avec l'ajout d'un quatrième caractère. Ainsi, il peut diagnostiquer par exemple un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive brève (F43.20) ou avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Or, à la différence du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois. Dès lors, le trouble de l'adaptation peut sous certaines circonstances - qu'il appartient au psychiatre d'établir conformément à la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 -, être relevant pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

- 11.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

11.1 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier, n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

11.2 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

11.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

11.4 S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

11.5 Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

11.6 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).

12. Le fait qu'une expertise ait été réalisée sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) - et donc pas selon la procédure de l'art. 44 LPG - ne suffit pas à nier sa valeur probante lors de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité de l'AI. Toutefois, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. S'il existe des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, il convient de procéder à des clarifications complémentaires, comme cela est le cas pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une expertise « externe à la procédure » (« *Fremdgutachten* ») ne peut ainsi se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPG (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).
13. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).
14. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
16. En l'espèce, l'intimé, par décision litigieuse du 3 novembre 2025, a rejeté la demande de prestations de la recourante, en considérant qu'elle avait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 23 mai 2023 mais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2023. Sa perte de gain était nulle. Pour rendre cette décision, il s'est fondé sur les rapports des 16 et 22 septembre 2025 du SMR.

Dans ses observations et dans son recours, la recourante estime que le rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025 serait insuffisant pour évaluer sa capacité de travail et son état de santé. Selon elle, cette appréciation serait contredite par les éléments du dossier et contraire aux conclusions de l'expertise de l'APG. De plus, les atteintes physiques n'auraient pas été investiguées de manière exhaustive, afin notamment de connaître leurs évolutions.

La recourante s'oppose également au calcul de la perte de gain effectué par l'intimé dans la décision litigieuse.

16.1 Tout d'abord, il convient d'examiner la valeur probante des rapports du SMR des 16 et 22 septembre 2025 sur lesquels l'intimé s'est fondé pour statuer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Il sied à ce titre de rappeler que le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

16.1.1 S'agissant du rapport du Dr I_____, médecin-psychiatre du SMR, du 16 septembre 2025, la chambre de céans constate qu'il a été rendu après un examen personnel de la recourante effectué le 15 août 2025. Il constitue donc un examen médical du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Celui-ci est fondé sur l'ensemble du dossier, récapitulé au début du rapport. Il comprend par ailleurs une anamnèse fouillée incluant notamment des anamnèses familiale, scolaire et professionnelle, psychosociale et psychiatrique, ainsi qu'un examen du contexte psychosocial. Il rapporte également les plaintes de la recourante et comporte une description de sa vie quotidienne. Il examine ensuite de manière détaillée le *status* psychiatrique. Après avoir exposé tous ces éléments, il procède à l'aide de ceux-ci à une analyse de la situation médicale sur le plan psychiatrique de la recourante et aboutit à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail de celle-ci.

Cela étant, la chambre de céans peine à comprendre la raison pour laquelle le Dr I_____ a considéré que la recourante aurait retrouvé sa capacité de travail à partir du 1^{er} décembre 2023 déjà. En effet, le Dr D_____, qui avait examiné la recourante le 10 janvier 2024, avait attesté d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis cinq mois et avait conditionné la probable récupération d'une pleine capacité de travail à la mise en œuvre d'une prise en charge psychothérapeutique. Cette appréciation a été partiellement confirmée par le Dr F_____, lequel avait retenu un pronostic de récupération complète en février 2024. Or, le Dr I_____ est revenu sur la capacité de travail de la recourante en 2023 alors même qu'il n'a, quant à lui, examiné la recourante que le 15 août 2025 et qu'il a suivi l'appréciation du Dr D_____ s'agissant du début de l'incapacité de travail et de son taux. Cette divergence quant à la date de fin de l'incapacité de travail telle que retenue par le Dr D_____ est d'autant plus incompréhensible que, pour s'écarter de l'appréciation de ce dernier sur ce point, le Dr I_____ se fonde précisément sur des constatations objectives effectuées le jour de l'expertise, soit en août 2025.

Par ailleurs, les différents rapports figurant au dossier s'accordent à retenir que l'incapacité de travail de la recourante a débuté au décès de sa sœur le 14 juillet 2023, dans le contexte d'un trouble de l'adaptation. Or, il est admis que cette atteinte peut, en principe, durer jusqu'à six mois (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024, consid. 5.2 et les références citées). Cette période conduirait ainsi au 14 janvier 2024.

De plus, comme cela ressort du rapport de la Dre G_____, du SMR, du 25 novembre 2024 et des rapports successifs du Dr E_____, psychiatre traitant de l'assurée, l'état de santé semble s'être ensuite aggravé depuis le rapport d'expertise du Dr D_____ avec une évolution du trouble de l'adaptation vers un épisode dépressif. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt précité du Tribunal fédéral 9C_408/2023 consid. 5.2 et les références), un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois.

De surcroît, il convient de relever que même à supposer que l'on retienne l'indication faite par le Dr D_____ dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2024, selon laquelle il était probable que la recourante puisse récupérer une pleine capacité de travail en l'espace de deux mois dès le moment où elle commencerait un suivi psychiatrique intégré, force est de constater que la recourante aurait retrouvé sa capacité de travail en mai 2024 seulement, étant donné que son suivi auprès du Dr E_____ a commencé le 1^{er} mars 2024.

Il résulte de ces éléments que la divergence sus-décrite entre le rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025 et la teneur générale du dossier médical n'est ni expliquée, ni motivée.

Il convient enfin de rappeler que le rapport du Dr I_____ est en totale contradiction avec l'avis du médecin-psychiatre traitant de la recourante, lequel a fait état, dans le questionnaire du 21 mars 2025, d'une incapacité totale de travail dans toute activité depuis ce même jour.

Compte tenu de ce qui précède et des exigences sévères auxquelles est soumise l'appréciation des preuves dans le contexte d'un rapport médical du SMR (arrêt du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et les références ; ATAS/1022/2022 du 22 novembre 2022 consid. 16.1), le rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025 ne peut se voir reconnaître de valeur probante.

16.1.2 Dans son rapport du 22 septembre 2025, la Dre G_____, du SMR, s'est prononcée après avoir procédé à une synthèse des pièces médicales figurant au dossier, sans avoir examiné la recourante. Elle a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé incapacitante, une lombosciatalgie sur discopathie L5-S1, et au titre d'autres atteintes, des cervicalgies sur discopathies C5-C6. Elle n'a toutefois retenu aucune atteinte incapacitante du point de vue psychiatrique et a estimé que la recourante avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2023. Cette date ne repose cependant pas sur une évolution de l'état somatique de la recourante, mais correspond à la date à laquelle le Dr I_____ a considéré qu'elle avait retrouvé une capacité de travail sur le plan psychique. Le SMR a donc fixé la date de récupération de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée en se référant à l'état psychique de la recourante, alors même qu'il n'a pas retenu d'atteinte psychiatrique incapacitante.

Pour ce motif déjà, le rapport du 22 septembre 2025, sur lequel repose la décision litigieuse du 3 novembre 2025, est lacunaire.

Par ailleurs, en faisant référence au questionnaire du Dr E_____ du 21 mars 2025, la Dre G_____ a indiqué que le psychiatre traitant de l'assurée aurait fait état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 17 septembre 2024. Or, le Dr E_____ a fait part, dans ce questionnaire, d'une péjoration des atteintes à la santé de la recourante depuis son dernier rapport et d'une incapacité totale de travail depuis le 21 mars 2025 dans une activité adaptée. Cette erreur démontre ainsi un certain manque de rigueur dudit rapport du 22 septembre 2025.

Du point de vue somatique, ce rapport du 22 septembre 2025 du SMR fait référence à l'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2024, au questionnaire du 16 septembre 2024 du Dr B_____ ainsi qu'au questionnaire du 12 mars 2025 de la Dre H_____.

Dans l'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2024, le Dr C_____ a considéré que les diagnostics de lombosciatalgies L5 gauches sur discopathie L5-S1, spondylolisthésis de grade 1 sur lyse isthmique bilatérale de L5, arthrose interapophysaire postérieure L5-S1, cervicalgies communes non compliquées sur discopathie C5-C6 débutante, épicondylagie médiale gauche (épitrochléalgie) étaient sans influence sur la capacité de travail de la recourante comme serveuse, hormis pour certaines tâches de port de charges lourdes. Toutefois, il a également précisé que les irradiations au membre supérieur gauche jusqu'à la main pouvaient nécessiter des investigations complémentaires, à savoir un EMG. Il en allait de même pour une éventuelle atteinte L5 qui pouvait être documentée par un EMG. Or, force est de constater l'absence de telles investigations complémentaires au dossier.

Dans le questionnaire du 16 septembre 2024, le Dr B_____ a fait mention d'une incapacité totale de travail de la recourante du 22 mai au 1^{er} avril 2024 (sic), en raison notamment des diagnostics de cervicalgies et de lombalgie. Au dossier de l'intimé figurent des arrêts de travail émis par ledit médecin à tout le moins pour les mois de décembre 2023 à avril 2024.

Enfin, dans le questionnaire du 12 mars 2025, la Dre H_____ a signalé avoir uniquement vu la recourante une fois et qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer par rapport aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail de la recourante. Elle émettait, en outre, des réserves en lien avec la tendinite de la coiffe de la recourante. Il ressort d'ailleurs du rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025 que cet aspect n'a pas été examiné dans la mesure où le Dr I_____ n'était pas compétent.

Dans son rapport du 22 septembre 2025, le SMR a précisé que les atteintes dégénératives cervicales et lombaires n'empêchaient pas une activité adaptée selon l'expertise du Dr C_____. Il a retenu à titre d'atteinte principale à la santé

incapacitante de la recourante, une lombosciatalgie sur discopathie L5-S1, et au titre d'autres atteintes, des cervicalgies sur discopathies C5-C6. Toutefois, sans explication, il ne s'est pas déterminé sur le diagnostic d'épicondylalgie médiale gauche (épitrôchléalgie), également posé par le Dr C_____.

Par ailleurs, entre le rapport du Dr C_____ du 30 janvier 2024 et la décision litigieuse du 3 novembre 2025, aucun spécialiste, hormis la Dre H_____, laquelle n'a vu la recourante qu'une fois en février 2025, ne s'est prononcé clairement sur la capacité de travail de la recourante en lien avec ses atteintes somatiques.

Il ressort des considérations qui précèdent que le SMR ne s'est pas contenté d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prendre position à leur sujet, mais qu'il a formulé des conclusions sur la capacité de travail de la recourante ne reposant sur aucun avis médical probant sur cette question. Le résultat de son appréciation – soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée – n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale versée au dossier antérieurement à la décision litigieuse. Le Dr C_____ a certes indiqué qu'une activité adaptée était exigible, mais en précisant que des investigations supplémentaires étaient recommandées. Ainsi, en procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références).

Pour ces motifs, la chambre de céans considère que le rapport du 22 septembre 2025, sur lequel repose la décision litigieuse du 3 novembre 2025, ne peut se voir reconnaître valeur probante.

De toute évidence, les atteintes somatiques n'ont pas été suffisamment investiguées. Par conséquent, les conclusions du SMR concernant la capacité de travail résiduelle sur le plan somatique de la recourante ne peuvent pas être confirmées.

Il ressort par ailleurs du rapport de l'examen psychiatrique du SMR du 16 septembre 2025 que la recourante s'est plainte de pathologies somatiques (ménopause, carence en fer, prédiabète) susceptibles d'avoir un retentissement psychique. Or, l'intimé n'a également pas instruit plus avant ces aspects médicaux du dossier.

16.2 Il convient encore d'examiner si les autres rapports versés au dossier permettent de statuer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

Les rapports émanant notamment des Drs B_____, E_____ et H_____, succincts et peu étayés, ne permettent pas non plus de se prononcer clairement sur l'état de santé de la recourante.

16.3 Au vu de ce qui précède, l'instruction menée par l'office intimé est manifestement lacunaire.

17. En l'absence d'une analyse probante de la situation médicale de la recourante, l'intimé ne pouvait ainsi se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision lui refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans ces conditions, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale et de déterminer si elle présente un degré d'invalidité.

Partant, il est indispensable de mettre en place une expertise indépendante comprenant, au moins, un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Le volet somatique n'ayant pas été instruit et l'instruction du volet psychiatrique effectuée par l'intimé étant dépourvue de valeur probante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

La cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical, la question de la comparaison des gains effectuée par l'intimé peut en l'état souffrir de demeurer indécise. Il n'est en effet pas possible de procéder à une quelconque comparaison des gains tant que l'éventuelle capacité de travail résiduelle de la recourante n'a pas été établie.

18. À l'aune de ce qui précède, la décision litigieuse du 3 novembre 2025 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, avec mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante, assistée par une mandataire professionnellement qualifiée et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 3 novembre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, avec mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, au sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Amélie PIGUET MAYSTRE

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