

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4400/2019

ATAS/993/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2024

Chambre 8

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Madjid LAVASSANI, avocat

contre

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

Intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, a exercé comme serveuse dans l'établissement qu'elle exploitait en raison individuelle, sa faillite personnelle a été déclarée par jugement du 4 juillet 2002.
- b.** En date du 15 mai 2003, la recourante a déposé une demande de rente auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'office ou l'intimé).
- c.** Dans son rapport du 16 juin 2003, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a développé que l'assurée était connue depuis l'enfance pour une épilepsie dont l'évolution était actuellement satisfaisante sans traitement et un hémisyndrome moteur gauche qui s'était un peu amplifié en raison d'une sollicitation importante dans le travail et d'un affaiblissement des ligaments de la cheville gauche entraînant par sa déformation des douleurs articulaires insupportables. L'examen neurologique montrait toujours un hémisyndrome pyramidal gauche prédominant au membre inférieur avec une altération de la motricité fine de la main gauche, une déformation du pied gauche, amyotrophique, en varus équin, une parésie complète de l'extension dorsale du pied et des orteils à gauche ainsi qu'une hyperréflexie gauche massive. Il concluait que l'activité habituelle de serveuse n'était plus exigible compte tenu du trouble de la marche et de la lésion articulaire de la cheville gauche. Une activité n'exigeant pas une station debout ou une marche prolongée devrait être réalisable à 100%
- d.** L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 14 avril 2003 a mis en évidence des séquelles traumatiques de topographie frontale droite prérolandique sans lésion récente individualisable.
- e.** Dans son rapport du 23 juin 2003, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a noté un syndrome pyramidal du membre inférieur gauche séquellaire à un accident en 1977 avec cicatrice cérébrale en région pariéto-frontale, crise épileptique partielle et trouble de la marche dû à une faiblesse du membre inférieur gauche qui conduisait à des entorses récidivantes. L'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 3 mars 2003. Il concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit en position assise et ne nécessitant que peu de concentration.
- f.** Dans son rapport du 14 septembre 2004, le Dr B_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de manière notable. L'aggravation de la mobilité fine de la main gauche avait été progressive, mais ne modifiait pas la capacité de travail. La lésion ligamentaire de la cheville gauche était guérie et l'épilepsie était en rémission. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'assurée pouvait travailler dans une activité très simple et assise. Il était toutefois difficile d'imaginer une telle activité, cette dernière n'ayant aucune formation professionnelle et disposant d'une motricité partielle de la main gauche.

Il était relevé un état anxieux en lien avec des circonstances familiales particulières, son fils ayant notamment été agressé.

g. Par avis du 17 janvier 2005, le service médical régional (ci-après : le SMR) a conclu à une incapacité totale de travail comme serveuse depuis le 3 mars 2003 et à une totale capacité dans une activité simple à prédominance sédentaire théoriquement depuis 2003.

h. Par décision du 6 décembre 2005, l'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 19 décembre 2005 au 26 mars 2006.

i. Dans son rapport du 10 avril 2006, le centre d'intégration professionnelle a conclu à la possibilité de réadapter l'assurée dans une activité de type tertiaire en position assise à plein temps avec un rendement proche de la norme. Elle avait effectué un stage pratique en qualité de réceptionniste-téléphoniste auprès d'un établissement médico-social (EMS) qui avait donné pleine satisfaction, étant précisé que dès la deuxième semaine le Dr C_____ avait fourni un arrêt de travail à 50%, estimant que l'assurée ne pouvait pas travailler au-delà. Au vu des divergences quant à la capacité de travail, un projet de formation nécessitant une activité à plein temps n'avait pas pu aboutir, l'assurée ayant refusé de le réaliser à 100%. Dans ce contexte, la mesure n'avait pas été poursuivie.

j. Par projet de décision du 3 juillet 2006, la demande a été rejetée. Ce refus a été confirmé par décision du 4 septembre 2006.

k. En date du 20 septembre 2010, l'assurée a déposé une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'office.

l. Par projet de décision du 16 novembre 2010, confirmé par décision du 11 janvier 2011, l'office a refusé d'entrer en matière en raison de l'absence de nouveaux éléments médicaux.

m. En parallèle, SWICA Assurances (ci-après : SWICA), assurance perte de gain, a organisé une expertise psychiatrique auprès du D_____ (D_____).

Il ressortait du rapport d'expertise du 16 mars 2011 émanant du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que l'assurée avait une pleine capacité de travail, ce qui avait conduit à l'arrêt des prestations de SWICA au 6 avril 2011.

n. En date du 12 avril 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'office.

o. Par projet de décision du 8 juillet 2011, puis par décision du 19 septembre 2011, l'office a refusé d'entrer en matière.

p. Dans son rapport du 18 juillet 2016, le docteur F_____ a constaté que les examens ne mettaient pas en évidence d'activité irritative interictale. L'assurée ne souffrait plus de crises d'épilepsie depuis plus de 20 ans. Il n'y avait donc aucun argument pour une reprise de traitement.

q. Dans son courrier du 30 septembre 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée souffrait de phobies des insectes principalement, d'agoraphobie et de claustrophobie, installées depuis une dizaine d'années avec stratégies d'évitement. Les troubles étaient fluctuants. Elle avait des problèmes de mémoire à court terme, des difficultés à se rappeler des mots et de légères difficultés de l'attention, raisons pour lesquelles elle sollicitait un bilan cognitif auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

r. Selon l'IRM lombaire du 28 octobre 2016, l'assurée présentait une petite hernie foraminale L3-L4 droite en conflit avec la racine L4 droite.

B. a. En date du 17 février 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office.

b. Par rapport du 28 février 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une tendinite de la coiffe des rotateurs, d'une hernie discale L3-L4 en conflit avec la racine L4 et de douleurs invalidantes. Selon son appréciation, l'assurée pouvait travailler, mais sans soulever ou déplacer des charges lourdes.

c. Dans son courrier du 2 mars 2017, le Dr G_____ a relevé suivre l'assurée depuis le 22 août 2016. Celle-ci montrait certaines difficultés psychologiques et cognitives suite à son licenciement. Selon l'anamnèse, elle avait observé une aggravation de son fonctionnement dans le milieu du travail avec difficultés importantes à suivre le rythme.

d. Par communication du 23 mai 2017, l'office a accordé une aide au placement auprès de la Fondation IPT (ci-après : IPT).

Selon le rapport d'entretien d'évaluation d'IPT du 19 mai 2017, durant son activité de 2007 à 2010 auprès du restaurant « I_____ », l'assurée a commencé à souffrir de bursites à droite, ce qui avait conduit à un arrêt de travail et à des angoisses. Elle avait été licenciée à son retour. S'en était suivie une période de chômage avec en 2012 une activité en gain intermédiaire comme représentante du terroir genevois à raison de 40%. Ce poste de travail permettait une activité en position alternée debout-assise. Depuis la fin des prestations de l'assurance-chômage, elle était soutenue par l'Hospice général. Dans ce cadre, elle avait été placée par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) au J_____ de 2014 à 2015. Au bout de deux ans, elle n'arrivait plus à porter les enfants en raison des douleurs aux épaules, ce qui l'avait contrainte à tout arrêter alors qu'elle allait certainement obtenir un emploi de responsable. Courant septembre 2016, l'assurée avait présenté des douleurs au dos. Elle gardait sa petite-fille âgée d'un an et demi deux fois par semaine. Idéalement, elle souhaitait pouvoir garder ses deux petits-enfants officiellement, sa fille étant enceinte de son deuxième enfant, en devenant maman de jour deux ou trois jours par semaine. Elle ne voulait pas travailler plus pour ne pas être de nouveau en arrêt ou devoir être traitée comme par le passé.

e. Selon la note téléphonique du 25 août 2017, le Dr H_____ a expliqué que la période était dure pour l'assurée, sa fille étant en train d'avoir un enfant. Sur questionnement quant aux raisons de l'arrêt de travail, il indiquait être embêté et pensait s'être fait un peu avoir. Selon lui, elle ne pouvait plus travailler comme serveuse, il lui fallait un travail adapté. Il la voyait mal exercer dans des activités lourdes. Il allait remplir un rapport et dire à l'assurée de poursuivre la mesure.

f. Lors de la séance tripartite avec l'assurance-invalidité, la fondation et l'assurée du 18 septembre 2017, cette dernière envisageait une activité à temps partiel pour éviter les arrêts. Elle était intéressée à un poste dans une cantine scolaire ou comme patrouilleuse. Elle n'avait pas vu sa psychiatre depuis un moment en raison des vacances, elle allait reprendre rendez-vous.

g. Selon l'entretien téléphonique avec le Dr G_____ du 29 septembre 2017, si l'assurée était anxieuse, elle pouvait vite se sentir persécutée et perdue, et trouvait que les choses étaient trop administratives. Elle était authentique, sans manipulation. Une mesure de réadaptation pouvait être tentée à 20, 30, 40%. Il lui fallait « quelque chose de protégé » avec une limite de temps à 50% mais pas un atelier protégé.

h. Après une reprise de la mesure auprès d'IPT courant septembre 2017 avec réalisation de trois ateliers et deux entretiens, l'assurée a été mise en arrêt de travail par sa psychiatre à compter du 23 novembre 2017. L'assurance-invalidité a alors clôturé le mandat de réadaptation.

i. Le rapport d'IPT du 8 janvier 2018 a conclu à la poursuite de son suivi pour les atteintes à la santé et à un coaching pour permettre de trouver un stage de longue durée dans la vente de produits à temps partiel. Il avait été constaté une motivation à modalité variable en fonction des interlocuteurs, une envie de bien faire ou d'être soutenue, une confrontation difficile avec le marché du travail et une situation de santé fragile au vu de son absence de près de trois mois sur six mois de prise en charge.

j. Dans son rapport du 22 août 2017 (*recte* : 2018), le Dr G_____, qui avait vu pour la dernière fois l'assurée le 26 avril 2018, a retenu une totale incapacité de travail en raison de limitations bio-psycho-cognitivo-affectio-comportementales. S'agissant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission partielle, d'un trouble obsessionnel-compulsif et d'une agoraphobie en rémission partielle. Sous constat médical, il était également mentionné une dépression fluctuante de gravité moyenne à sévère et une grande fragilité au stress avec affaiblissement des ressources d'adaptation.

À ce rapport était joint le rapport d'examen neuropsychologique du 2 décembre 2016 des HUG. Il ressortait dudit rapport émanant du docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, et de Madame L_____, psychologue, que le bilan neuropsychologique avait permis de retenir une absence de troubles de la

mémoire, de syndrome aphaso-apracto-agnosique et de syndrome dysexécutif. Il avait en revanche mis en évidence la présence de légers troubles attentionnels probablement en lien avec les éléments anxieux objectivés. Les examinateurs avaient constaté une absence d'apathie, l'assurée était au contraire extrêmement dynamique et réactive. L'anxiété de performance s'était stabilisée pour disparaître à mesure qu'elle se sentait rassurée. Elle se disait plus calme et patiente avec les années et les expériences de la vie. Elle indiquait avoir un bon moral depuis qu'elle s'occupait de sa petite-fille.

k. Selon le rapport d'IRM lombo-sacrée du 15 mai 2019, l'assurée présentait une hernie discale avec séquestre discal migré vers le bas au niveau L4-L5 en conflit avec l'émergence de la racine L5 à droite. Il existait également une anomalie de transition, l'ensemble évoquant un syndrome de Bertolotti.

l. Sur demande de l'office, une expertise psychiatrique a été ordonnée auprès des HUG.

Il ressortait du rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2019 des docteurs M_____, médecin interne, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que l'assurée présentait des traits de personnalité anxieuse et obsessionnelle en lien avec ses problèmes neurologiques et relationnels, ayant conduit à une phobie sociale qui avait un impact sur son rapport à son environnement social, notamment par des attitudes d'évitement. Sa situation était toutefois améliorée par un entourage soutenant. Ils avaient écarté le diagnostic de trouble bipolaire et considéré qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle au niveau psychiatrique. L'assurée présentait principalement des limitations d'origine somatique impactant son état psychique avec répercussion sur sa capacité de travail. Elle pouvait reprendre une activité adaptée de manière progressive en commençant à un taux de 30%.

m. Dans son avis du 8 juillet 2019, le SMR a considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne pouvant pas suivre les experts qui fixaient la capacité de travail sur la base des atteintes somatiques, ce qui ne relevait pas de leur compétence.

n. Par projet du 2 septembre 2019, l'office a rejeté la demande de prestations.

o. Par rapport du 25 septembre 2019, le Dr H_____ a indiqué que l'assurée présentait une hernie discale avec séquestre discale migré vers le bas au niveau L4 L5 droit avec conflit avec la racine L5 droite. Elle était très algique avec des épisodes intenses tous les deux à trois mois résolus plus ou moins avec la physiothérapie et une infiltration. Elle était en arrêt de travail de longue date notamment pour des problèmes de dos et des atteintes psychiques. Le travail de serveuse était difficilement réalisable.

p. En date du 16 septembre 2019, l'assurée a contesté le projet en joignant divers documents médicaux.

q. Par décision du 24 octobre 2019, l'office a confirmé le refus de prestations.

C. a. Par acte du 28 novembre 2019, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 24 octobre 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la réalisation d'une expertise, principalement à l'octroi d'une rente entière ou à des mesures d'orientation professionnelle, subsidiairement à un reclassement, plus subsidiairement à une aide au placement. Elle faisait valoir que l'office avait écarté sans justification les conclusions de l'expertise psychiatrique.

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu par acte du 6 janvier 2020 au rejet du recours. Il a relevé que les experts avaient conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique, soit à une pleine capacité de travail sur ce plan. En se prononçant sur la capacité de travail résultant des atteintes somatiques, ils étaient sortis de leur cadre de compétence et leurs conclusions n'étaient dès lors pas convaincantes. Le SMR avait fixé la capacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte de tous les éléments au dossier. Des mesures de réadaptation professionnelle ne se justifiaient pas en l'espèce.

c. Par réplique du 28 février 2020, la recourante a sollicité la production du mandat confié à l'expert, l'audition contradictoire des experts et la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a persisté dans ses conclusions au fond. En considérant que les experts étaient sortis du cadre de leur mission, l'office posait une limite artificielle qui était problématique, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Par ailleurs, l'office se méprenait dans son interprétation des conclusions de l'expertise, les atteintes somatiques ayant des répercussions psychiques, les experts étaient restés dans le cadre de leur mission.

En annexe la recourante produisait le rapport du 26 février 2020 du Dr H_____. Ce dernier y a attesté qu'elle était algique et présentait des douleurs importantes tous les deux à trois mois, ses crises étaient relativement longues d'un minimum de six semaines. Elle répondait occasionnellement aux infiltrations sous scanner L4-L5. Elle souffrait de douleurs, spasmes et décharges électriques dans son membre inférieur droit. Elle était toujours sous anti-inflammatoires, antalgiques et myorelaxants.

d. Par acte du 25 mars 2020, l'office a maintenu sa position.

e. Par communication du 22 décembre 2020, la Cour de céans a informé les parties de son intention de réaliser une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique. Le mandat serait confié aux docteurs O_____, spécialiste FMH en orthopédie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

f. Par écriture du 12 janvier 2021, l'intimé s'est opposé à la mise en place d'une expertise judiciaire, la recourante n'ayant produit aucun document la justifiant.

g. Par observations du 20 janvier 2021, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation.

h. Par ordonnance du 30 mars 2021, la Cour de céans a développé que l'intimé avait à juste titre considéré que les experts psychiatres étaient sortis du cadre de leur mission en se prononçant sur la capacité de travail sur le plan somatique. Il ne pouvait toutefois pas conclure que la recourante ne présentait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. L'expertise ne permettait pas de trancher l'affaire et n'avait pas valeur probante, il se justifiait dès lors d'ordonner une expertise bi-disciplinaire qui serait confiée aux Drs O_____ et P_____.

i. Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr P_____ du 21 octobre 2021 a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte. La recourante présentait des symptômes anxieux et dépressifs, mais sans que l'intensité des uns ou des autres symptômes soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Ce trouble entraînait des limitations dans l'aptitude à s'affirmer, à évoluer au sein d'un groupe et à se déplacer. La flexibilité, la capacité de jugement et de prise de décision ainsi que les capacités d'adaptation et d'endurance étaient également touchées dans une moindre mesure. Il retenait une incapacité de travail de 30%. Rétrospectivement, elle avait été totale à partir d'août 2016 et, dès juin 2019, elle avait été de 50%. L'expert relevait que, d'un point de vue psychique, les chances de succès d'une réadaptation professionnelle paraissaient faibles en raison du déconditionnement par rapport à la vie professionnelle et des stratégies d'autoprotection développées par la recourante résistante à l'idée de mettre sa santé et son équilibre personnel en péril pour retravailler.

S'agissant du volet orthopédique, il ressortait du rapport d'expertise du Dr O_____ du 26 avril 2021 que la recourante présentait une hémiplégie prédominant au membre inférieur gauche, une lombalgie dans le cadre d'atteinte dégénérative avec canal lombaire étroit, une tendinopathie bilatérale des coiffes des rotateurs avec atteinte dégénérative acromio-claviculaire, un psoriasis en goutte et crise épileptique traitée jusqu'en 1992. L'expert retenait une incapacité totale de travail dans l'activité de serveuse et de 50% dans une activité adaptée qui devrait pouvoir être réalisée principalement en position assise, mais avec possibilité de pouvoir régulièrement changer de position, éviter le port de charge et les mouvements répétitifs du membre supérieur. L'état de santé sur le plan orthopédique était resté stationnaire depuis 2010.

Dans le cadre de l'expertise, une IRM lombo-sacrée avait été réalisée le 9 juin 2021. Elle avait notamment mis en évidence un discret bombement, une dessiccation et un pincement discal L3-L4 venant au contact de l'émergence des racines L4 sans compression ainsi qu'un pincement discal et une dessiccation plus marqués du disque L4-L5 avec protrusion postéro-médiane à base large s'étendant jusque dans les récessus latéraux et comprimant l'émergence récessale des racines L5 gauche plus que droite. La recourante présentait également une arthrose facettaire postérieure étagées.

L'appréciation consensuelle concluait à une incapacité de travail totale dans l'activité de serveuse. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de

50%. Il était précisé que l'activité de serveuse n'était pas exigible sur le plan orthopédique et que, compte tenu des difficultés psychiques, un changement semblait peu réaliste. Au vu de la formation de la recourante, de son âge, de la longue durée d'incapacité de travail et des échecs antérieurs, il était très peu probable qu'une réadaptation professionnelle puisse être réalisée avec succès.

j. Par écriture du 8 décembre 2021, l'intimé a fait valoir que les rapports d'expertises judiciaires ne revêtaient pas pleine valeur probante en se référant à l'appréciation du SMR du 7 décembre 2021. Il persistait dès lors à conclure au rejet du recours.

k. Par acte du 10 janvier 2022, la recourante a persisté en produisant un rapport du 29 novembre 2021 et en sollicitant l'audition des experts.

Le rapport du 29 novembre 2021 de la docteure Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, mentionnait que la recourante présentait une pathologie d'anévrisme cérébral nécessitant que sa tension artérielle soit inférieure à 140/90 et le cholestérol inférieur LDL ou égal à 1,8, raison pour laquelle elle prenait du Jarsin 450 deux fois par jour et du Crestor 10 une fois par jour.

l. Par écriture du 25 janvier 2022, l'intimé a maintenu sa position.

m. Par communication du 19 septembre 2022, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en place une expertise orthopédique et psychiatrique auprès du D____ (R_____) en désignant les docteurs S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

n. Par acte du 26 septembre 2022, l'intimé s'est opposé à la réalisation d'une expertise.

o. Par acte du 12 octobre 2022, la recourante a fait état de réserves quant au choix d'ordonner une expertise au R_____ car cette intention semblait remettre en cause les rapports d'expertise des Drs O_____ et P_____.

p. Par ordonnance du 15 novembre 2022, la Cour de céans a développé les motifs pour lesquels elle estimait que la valeur probante des rapports d'expertise des Drs P_____ et O_____ devait être questionnée. Il était notamment relevé que le Dr P_____ ne motivait pas suffisamment les taux d'incapacité de travail retenus et que le Dr O_____ avait conclu à un état stationnaire depuis 2010 sur le plan orthopédique, ce qui était contredit par les éléments au dossier. Dans l'impossibilité de statuer de manière définitive sur le degré d'invalidité de la recourante, une nouvelle expertise judiciaire était ordonnée auprès des Drs S_____ et T_____.

Il ressortait du rapport de la Dre S_____ du 20 juillet 2023 que, sur le plan orthopédique, la recourante présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de mouvements répétitifs au-delà du plan horizontal, pas de port de charges de plus

de 5 kg de manière répétitive, pas de station debout prolongée, pas de montées et descentes d'escaliers de façon répétitive, pas d'échelles ni d'escaliers, pas de station debout prolongée, pas de station assise prolongée, changement de position possible et pas de geste en porte-à-faux. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis toujours. La Dre S_____ indiquait cependant partager l'appréciation du Dr O_____ quant aux diagnostics et à la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (question 8.2) et contester la position du SMR quant à une capacité de travail de 100%, car les limitations fonctionnelles découlaient non seulement des douleurs lombaires mais également des deux épaules.

Sur demande de la Dre S_____, des examens complémentaires ont été réalisés, soit en particulier une IRM de la colonne lombo-sacrée, un examen auprès du docteur U_____, spécialiste FMH en neurologie, et une échographie de l'épaule droite.

L'IRM de la colonne lombo-sacrée du 18 février 2023 a mis en évidence :

- Une lombarthrose L3-L4, L4-L5, prioritaire avec hémisacralisation gauche de la vertèbre L5 ;
- Un débord discal circonférentiel harmonieux et une protrusion discale extraforaminale droite légère avec canal étroit relatif en L3-L4 ;
- Un débord discal circonférentiel avec saillie foraminale des deux côtés et une protrusion discale extraforaminale gauche au contact de la racine L4 gauche ;
- Une surcharge sous-chondrale oedémateuse en zone de charge de sacro-iliaque droite sur le versant sacré.

Dans son rapport du 18 avril 2023, le Dr U_____ a conclu que l'examen du membre inférieur droit ne montrait pas des signes d'atteinte déficitaire ni clinique, ni électromyographique dans les muscles dépendant des myotomes L4-L5 ni S1. La normalité de l'examen n'excluait pas la possibilité d'une atteinte radiculaire lombaire droite uniquement irritative dans le cadre des troubles dégénératifs et d'un canal lombaire étroit. Il n'avait pas fait d'examen électromyographique du membre inférieur gauche car l'atteinte était très ancienne et avait déjà été investiguée.

L'échographie de l'épaule droite du 18 avril 2023 avait constaté une arthropathie acromio-claviculaire avec bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.

S'agissant du volet psychique, le Dr T_____ a conclu à l'absence de diagnostic avec influence sur la capacité de travail. L'expert notait une amélioration à partir de 2018 environ. Il retenait une pleine capacité de travail sur le plan psychique. Il n'y avait pas d'éléments permettant de conclure à une diminution de la capacité de travail sur le plan psychique depuis 2006.

Sur le plan consensuel, les experts ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité de serveuse et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis toujours.

q. Par écriture du 22 août 2023, l'intimé a persisté relevant toutefois que les réponses de l'experte orthopédique aux questions 8.2 et 8.3 ne concordaient pas, ce qu'il fallait clarifier.

r. Par écriture du 15 septembre 2023, la recourante a relevé la contradiction s'agissant du volet orthopédique, l'experte se disant d'accord avec la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée fixée par le Dr O_____ et concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant du volet psychique, elle contestait l'appréciation du Dr T_____, qui avait rejeté l'impact d'un trouble somatique sur le plan psychique et les diagnostics posés par d'autres psychiatres. Compte tenu de ces contradictions, elle a requis l'audition des experts et persisté dans ses conclusions au fond.

s. Lors de l'audience du 11 septembre 2024, la Dre S_____ a tout d'abord déclaré que son rapport ne retenait pas de contradiction. Elle avait considéré que la recourante pouvait réaliser son ménage et s'occuper de ses petits-enfants le week-end et une fois par semaine. Dès lors, elle pouvait exercer une activité à 100% pour autant qu'elle soit très légère et très adaptée. La recourante n'avait toutefois pas de formation, un certain âge et était en arrêt de travail depuis plusieurs années, ce qui rendait compliquée une reprise de travail. Dans le cadre d'une expertise, elle devait se prononcer du point de vue fonctionnel et orthopédique, sa conclusion quant à une capacité de travail à 100% se limitait à la capacité fonctionnelle. Une autre question était de savoir si elle pouvait reprendre une activité alors que rien n'avait été mis en place. En tenant compte du contexte et des autres pathologies, la capacité de travail pourrait être de 50%, mais cela ne relevait pas de son analyse. Lorsqu'elle avait indiqué être d'accord avec le Dr O_____, elle voulait parler des diagnostics, la capacité de travail étant de 100% contrairement à l'avis de ce dernier. Elle avait indiqué dans son rapport que la situation était réservée puisque la pathologie lombaire était évolutive et qu'elle n'avait pas revu la recourante depuis son examen. La recourante pouvant effectuer ses tâches ménagères, elle pouvait exercer une activité assise qui lui permettrait de changer de position, étant relevé que le dossier faisait état de sa volonté de retravailler. Elle voulait exercer comme maman de jour, elle estimait dès lors être capable de travailler, elle gardait d'ailleurs ses petits-enfants. Après réflexion et suite aux questions quant à ses réponses aux points 8.2 et 8.3, la Dre S_____ a indiqué estimer que la capacité fonctionnelle était de 100%, mais que la capacité de travail était plutôt de 50%. Par capacité fonctionnelle, elle entendait la possibilité de bouger et la mobilité. Dans la capacité de travail, elle incluait tout le contexte, notamment formation et adaptabilité de la personne à un nouvel emploi. Elle avait relu le dossier en vue de l'audience et avait en tête avoir retenu un 50%. Elle avait alors vu la contradiction. Après tous ces

développements, l'experte concluait à une capacité de travail de 50% sur le plan orthopédique depuis la fin du chômage. L'activité réalisée par la suite n'était pas adaptée et n'avait fait qu'empirer l'état de santé. Lorsqu'elle avait indiqué, sous question 4.9, page 46 de l'expertise, que l'assurée s'auto-limitait et qu'elle exagérait ses plaintes, elle avait fait ses constatations selon ce qu'elle avait ressenti lors de son examen. Il était possible que la peur de la douleur l'ait fait agir de la sorte. En ce qui concernait le membre inférieur gauche, l'experte n'avait pas noté de diagnostics car malgré les investigations réalisées par le passé, rien de précis n'avait pu être défini. Pour elle, il s'agissait d'une anomalie congénitale. La recourante présentait effectivement une amyotrophie et une déformation, ce qui avait été pris en compte dans l'analyse et les limitations fixées. Lorsqu'elle indiquait au point 6.5, page 51 de l'expertise que des mesures médicales étaient nécessaires, celles-ci visaient le confort et les douleurs de la recourante, mais elles n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Dans une activité totalement adaptée, soit légère, sans activité au-dessus du plan horizontal, sans positions debout et assise prolongées, sans mouvement en porte-à-faux et possibilité d'alterner les positions, elle confirmait que la capacité de travail était de 50%.

Lors de son audition, le Dr T_____ a expliqué que le fait de présenter des douleurs depuis de nombreuses années pouvait impliquer sur le plan mental que la personne développe la peur que quelque chose puisse arriver. Le patient pouvait alors faire tout type de scénario, ce qui pouvait conduire à des retraits sociaux afin d'éviter d'être exposé à des situations jugées dangereuses. Il pouvait arriver que des patients qui présentaient des douleurs physiques soient impactés sur leur psychisme. Dans le cadre de l'entretien, il devait connaître les atteintes physiques, surtout lorsqu'il s'agissait d'une expertise bi-disciplinaire où il fallait une discussion consensuelle. Par contre, il ne pouvait pas se prononcer sur les atteintes physiques et leurs répercussions, cela sortait de son cadre de compétence. Il y avait une différence entre un diagnostic psychique et le fait d'avoir des limitations s'agissant de la capacité de travail. S'agissant de la recourante, il ressortait des éléments du dossier qu'elle avait connu un épuisement professionnel, plusieurs diagnostics avaient été évoqués. Il y avait effectivement eu retrait social. Il était probable que les premières peurs remontaient aux crises d'épilepsie, mais l'expert n'avait pas vu de limitation ni dans le passé ni au moment de l'expertise. En ce qui concernait les troubles de la concentration, la gravité était fixée par l'expert ou le médecin, mais ils n'impliquaient pas forcément de limitation de la capacité de travail. Un suivi psychiatrique régulier n'impliquait pas forcément d'incapacité de travail. Au contraire, le but d'un tel suivi était de supprimer l'atteinte. Il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il précisait toutefois que, compte tenu de l'agoraphobie qui était en cours de traitement, certaines activités devaient être évitées si elles étaient trop exposantes. Il avait relevé lors de son entretien qu'il y avait déjà eu une amélioration sur ce plan puisque la recourante s'exposait

davantage en faisant des activités seule. Plus on s'éloignait de la période à juger, plus c'était compliqué d'avoir des informations précises. S'agissant de la recourante, il n'avait pas retrouvé dans le dossier d'informations précises quant à une baisse d'humeur. Il avait noté que la tentative de réadaptation avait été mal vécue. Il n'avait pas suffisamment d'éléments pour objectiver une gravité telle qu'elle impliquait des limitations. S'agissant de l'expertise de Dr P_____, il n'avait pas compris comment il avait fixé l'incapacité de 30%. Il arrivait qu'un expert ou un médecin tentait de proposer par ce moyen-là une reprise progressive afin d'aller dans le sens de l'assuré. Pour sa part, il ne pouvait pas se rallier à cette appréciation. L'incapacité et la limitation de travail retenues s'agissant de la recourante relevaient uniquement du volet orthopédique.

Entendue en comparution personnelle, la recourante a indiqué qu'ayant eu des douleurs au pied depuis quelques semaines, elle avait subi une IRM qui avait mis en évidence une ostéopénie. Celle-ci impliquait un risque de fracture comme les grands sportifs. Compte tenu de l'état de son pied gauche, elle s'appuyait sur son pied droit alors qu'elle devrait le préserver. Depuis deux ans, elle avait une aide au ménage à raison d'une fois par semaine au vu de l'atteinte aux épaules. L'aide ménagère s'occupait de passer l'aspirateur et la serpillère ainsi que des activités nécessitant des mouvements en haut et en bas de l'horizontal. La recourante avait ajouté qu'elle ne supporterait pas une nouvelle expertise.

La recourante a produit trois rapports, datés respectivement des 25 août, 11 juillet et 3 juillet 2024 ainsi qu'une prescription pour une aide au ménage pour une année du 18 juillet 2024.

Le rapport d'IRM du pied droit du 3 juillet 2024 attestait d'une fracture de contrainte concernant la tête et la diaphyse distale du 3^{ème} métatarsien.

Le rapport de minéralométrie biphotonique du 11 juillet 2024 concluait au niveau du rachis lombaire et du col fémoral à une minéralisation dans une zone d'ostéopénie témoignant d'un risque fracturaire discrètement augmenté. Le risque fracturaire à dix ans était évalué à 17% pour une fracture ostéoporotique importante et à 4% pour une fracture de la hanche.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien du 25 août 2024 avait mis en évidence une panbronchiolite et des adénomégalies.

t. Par acte du 8 octobre 2024, l'intimé a relevé que la Dre S_____ était revenue sur les conclusions de l'expertise lors de son audition. Se basant sur l'avis du SMR produit en annexe, il était noté que les conclusions sur la capacité de travail dans une activité adaptée restaient contradictoires, l'experte n'ayant pas fourni d'arguments médicaux objectifs permettant de retenir ses réponses comme claires, circonstanciées et cohérentes. La capacité de travail n'était pas établie de manière convaincante. Il persistait dès lors à conclure au rejet du recours.

u. Dans ses observations du 16 octobre 2024, la recourante a rappelé l'éloignement entre la dernière expertise judiciaire et la notification de la décision

litigieuse qui remontait à octobre 2019. En synthèse, elle estimait qu'une incapacité de travail de 50% devait être retenue sur le plan orthopédique, à laquelle il fallait ajouter l'incapacité sur le plan psychiatrique de 30%, et ce depuis 2016. Elle a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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.

- 3.

3.1 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).

3.2 En l'occurrence, la décision est antérieure au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en août 2017, soit six mois après le dépôt de la demande du 17 février 2017 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, en particulier à une rente d'invalidité.

- 5.

5.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

5.2 En vertu de 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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.

- 6.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a

précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

7.

7.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

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

7.2 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, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (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).

7.2.1 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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

7.2.3 Ainsi, 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).

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

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). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (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)

II. 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).

7.2.4 Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7.2.5 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).

8.

8.1 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).

8.2 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).

8.3 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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer

une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V

351 consid. 3a 52 ; 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).

8.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
10. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

11.

11.1 En l'espèce, la recourante considère que les éléments au dossier, notamment les expertises, attestent que même dans une activité adaptée son incapacité de travail est de 50% sur le plan orthopédique depuis 2016, à laquelle s'ajoute l'incapacité de travail de 30% s'agissant du volet psychiatrique. L'intimé pour sa part maintient son analyse initiale et donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

11.2 L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 17 février 2017.

Il s'agit dès lors de comparer les faits prévalant au moment de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 4 septembre 2006, avec ceux existant lors de la décision litigieuse du 24 octobre 2019.

Pour rappel, à l'époque de la décision de 2006, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été admise, ce qui avait conduit à reconnaître à la recourante un degré d'invalidité de 11%.

Afin d'établir les faits prévalant au moment de la décision litigieuse, il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier les rapports d'expertises.

À titre préalable, la Cour de céans rappellera que, selon le Tribunal fédéral, le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'évaluer de manière globale l'incidence sur la capacité de travail des différentes atteintes à la santé, afin d'éviter qu'elle ne soit déterminée par la somme des empêchements qu'elles entraînent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2).

S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2019, il sied de relever que les experts ont retenu une absence de limitation fonctionnelle pour des raisons psychiatriques. La capacité de travail a été fixée à 30% dans une optique de reprise progressive et en lien principalement avec les limitations physiques.

Comme relevé dans l'ordonnance du 30 mars 2021, ce rapport semblait reposer exclusivement sur l'aspect somatique, aspect dont les experts, psychiatres, n'avaient pas à traiter. Ils étaient ainsi sortis du cadre de la mission d'expertise et de leurs compétences, raison pour laquelle une première expertise judiciaire avait été ordonnée, ce rapport ne revêtant pas pleine valeur probante.

La Cour de céans a par la suite ordonné une première expertise judiciaire bidisciplinaire en désignant les Drs O_____ et P_____, dont la valeur probante a également été questionnée.

Dans l'ordonnance du 15 novembre 2022, la Cour de céans a constaté que, sur le plan psychique, le Dr P_____ n'avait pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles il avait reconnu une incapacité totale de travail à compter d'août 2016,

de 50% dès l'expertise des Drs M_____ et N_____ en juin 2019 et de 30% depuis son examen du 30 juin 2021.

S'agissant du volet somatique, la Cour de céans avait mis en évidence que le Dr O_____ avait retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit assise, permettant l'alternance de positions et évitant le port de charges ainsi que les mouvements répétitifs du membre supérieur, mais en admettant à tort que l'état de santé de la recourante sur le plan orthopédique était resté stationnaire depuis 2010.

Or, sur la base des éléments au dossier et comme le relevait le SMR à juste titre, la situation orthopédique de la recourante avait évolué. En effet, l'IRM lombaire du 28 octobre 2016 faisait état d'une hernie L3-L4 créant un conflit sur la racine L4 droite et l'orthopédiste traitant n'avait évoqué une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite que dans son rapport du 28 février 2017.

C'est dans ce contexte qu'une deuxième expertise judiciaire avait été ordonnée auprès des Drs S_____ et T_____.

S'agissant de la valeur probante dudit rapport d'expertise, l'on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise bidisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisée, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées.

Reste dès lors à examiner leurs conclusions.

S'agissant tout d'abord du volet psychique, le Dr T_____ a considéré qu'il n'existait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a retenu un diagnostic d'agoraphobie de degré faible qui n'implique pas de limitation quant à la capacité de travail ainsi qu'un déficit de l'attention présent depuis l'enfance sans impact dans son fonctionnement. Il a expliqué ses diagnostics et les raisons pour lesquelles il a estimé qu'il n'y avait pas de limitation sur la capacité de travail sur le plan psychique.

Lors de son audition, il a pu par ailleurs développer son analyse et distinguer la reconnaissance d'un diagnostic ou l'existence d'un suivi avec une éventuelle répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a par ailleurs expliqué tant dans son rapport que lors de son audition les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de ses prédécesseurs et motivé ses propres conclusions.

Ainsi, s'agissant de l'expertise des Drs M_____ et N_____, le Dr T_____ avait reconnu comme eux un trouble anxieux avec un isolement social sous un diagnostic différent. Il n'y avait pas de critère pour une modification de personnalité. Il développait que l'expertise des Drs M_____ et N_____ était contradictoire puisqu'ils renaient d'une part l'absence de limitation d'ordre psychiatrique, puis d'autre part invoquaient l'aggravation de l'état psychique par l'effet du trouble somatique, ce qui avait conduit à reconnaître une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. Il notait qu'outre la contradiction précitée, la diminution de la capacité de travail ne relevait pas de la sphère psychiatrique.

En ce qui concernait l'expertise psychiatrique du Dr P_____ du 21 octobre 2021, le Dr T_____ relevait ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte car il n'y avait pas de critères dépressifs spécifiques. Quant aux éléments anxieux, ils étaient expliqués par l'agoraphobie.

S'agissant des taux d'incapacité de travail retenus par le Dr P_____ à compter d'août 2016, il estimait pour sa part que le dossier ne contenait pas assez d'éléments pour les justifier. Il expliquait que le fait d'avoir retenu un état anxieux et dépressif mixte avait empêché le Dr P_____ de décrire séparément les volets anxieux et dépressif.

La Cour relèvera qu'il ressort du rapport d'expertise du Dr P_____, page 5, que ce n'est que sur sollicitation que la recourante évoque des plaintes anxieuses, notamment des traits obsessionnels qui se manifestaient dans une méticulosité pour le ménage et des symptômes phobiques qui survenaient quand elle prenait les transports en commun, expliquant se sentir mal à l'aise et observée. Les symptômes n'étaient pas décrits comme invalidants par la recourante.

Le Dr P_____ développait retenir un trouble anxieux et dépressif mixte, car la recourante présentait à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, mais sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Selon son appréciation, les symptômes dépressifs étaient d'intensité légère. La recourante présentait concomitamment des symptômes anxieux non invalidants. Selon son appréciation, il était probable que par le passé, les symptômes aient été plus sévères.

Le Dr P_____ avait donc conclu à une incapacité totale de travail dès août 2016, date du début du suivi spécialisé, puis de 50% à compter de l'expertise de juin 2019 lors de laquelle la recourante était moins déprimée qu'en 2016, puis de 30% au moment de son propre examen.

Il sied de constater que les conclusions du Dr P_____ quant à la capacité de travail de la recourante sont non seulement peu motivées, mais également contredites par les éléments au dossier.

Ainsi, le début d'un suivi psychiatrique n'implique pas en soi une incapacité de travail, ce que le Dr T_____ a pu détailler lors de son audition.

En outre, il ressort du rapport d'examen neuropsychologique du 2 décembre 2016 que la recourante n'était pas apathique, mais dynamique et réactive, elle-même ayant indiqué avoir un bon moral depuis qu'elle s'occupait de sa petite-fille, ce qui contredit clairement les conclusions du Dr P_____.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conclusions du Dr T_____ sont concordantes avec les éléments au dossier, en ce sens que les limitations de la recourante quant à sa capacité de travail sont d'origine somatique. Il apparaît dès lors que les éléments au dossier ont bien été pris en compte par l'expert et qu'ils ne permettent en tout état de cause pas de remettre en cause son expertise. Il sera donc retenu que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychique.

Sur le plan physique, la recourante a été soumise à deux expertises avec volet orthopédique, l'une auprès du Dr O_____ en 2021, l'autre auprès de la Dre S_____.

Selon le rapport d'expertise du Dr O_____, la recourante se plaignait de lombalgies permanentes, de douleurs à l'épaule gauche, celles de l'épaule droite étant peu importantes, ainsi que de son atteinte au membre inférieur gauche.

Le Dr O_____ avait posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : hémiplégie prédominant au membre inférieur gauche d'origine congénitale, lombalgie dans le cadre d'atteinte dégénérative avec canal lombaire étroit et tendinopathie bilatérale des coiffes des rotateurs avec atteinte dégénérative acromio-claviculaire.

Le Dr O_____ concluait à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse, mais de 50% dans une activité adaptée permettant un travail principalement en position assise, mais avec possibilité de pouvoir régulièrement changer de position, éviter le port de charge et les mouvements répétitifs du membre supérieur.

Se prononçant sur les avis médicaux au dossier, le Dr O_____ a développé s'agissant de l'avis du SMR du 8 juillet 2021 (*recte* : 2019) que retenir une pleine capacité de travail même dans une activité adaptée était discutable au vu d'une atteinte importante du membre inférieur gauche avec spasticité et déficit neuromoteur associée à des problèmes dégénératifs douloureux concernant la colonne lombaire et des épaules.

Dans son rapport d'expertise, la Dre S_____ constatait que la recourante présentait une arthropathie acromio-claviculaire et une bursite aux deux épaules, une capsulite était également présente, mais uniquement à l'épaule gauche. La recourante avait bénéficié d'une infiltration qui avait eu des bénéfices durables depuis 2015 sur la douleur et la mobilité s'agissant de l'épaule droite. Au contraire, au niveau de l'épaule gauche, la mobilité était très réduite, l'épaule étant « gelée ». Ces atteintes avaient un impact sur la capacité de travail avec limitation du port de charge à 5 kg et s'agissant des mouvements des membres supérieurs

au-delà du plan horizontal. S'agissant du dos, les douleurs avaient été invalidantes dès 2016. Les lésions objectivées par l'imagerie limitaient la recourante au niveau du port de charge, des stations assise-débout prolongées, des montées et descentes d'escaliers de façon répétitive et des gestes en porte-à-faux.

Les douleurs à l'épaule droite remontaient à 2007-2010, celles de l'épaule gauche à 2014-2016. Quant aux lombosciatalgies droites, elles étaient apparues en 2016.

S'agissant de la capacité de travail, la Dre S_____ retenait dans son rapport une capacité de travail de 100% dans un travail léger respectant les limitations fonctionnelles tout en répondant être d'accord avec le Dr O_____ tant pour les diagnostics qu'avec la capacité de travail de 50% et contester la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée retenue par le SMR (questions 8.2 et 8.3), car les limitations fonctionnelles étaient doubles, soit surtout lombaires et aux deux épaules.

Entendue lors de l'audience du 11 septembre 2024, la Dre S_____ a été questionnée sur cette contradiction. La Cour de céans constate que ses déclarations ont été peu claires. En effet, elle a tout d'abord nié l'existence d'une contradiction manifeste pour conclure qu'après réflexion, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, opposant cette notion à la capacité fonctionnelle, soit la capacité de bouger.

À ce stade, il sied de relever que la Dre S_____ a précisé que son analyse tenait compte de l'atteinte au membre inférieur gauche, bien que celle-ci ne soit pas expressément mentionnée.

La Dre S_____ a par ailleurs précisé que les mesures médicales recommandées n'auraient pas d'influence sur la capacité de travail.

La Cour de céans considère dès lors que le rapport d'expertise et l'audition de la Dre S_____ apportent des précisions permettant de trancher l'affaire.

En effet, il sied de constater que le Dr O_____ a fixé la capacité de travail de 50% non pas en se basant sur la situation telle qu'elle se présentait en 2010, mais en tenant compte d'ores et déjà des atteintes aux deux épaules et au dos lesquelles sont documentées depuis août 2017 par le Dr H_____, respectivement par l'IRM d'octobre 2016.

En outre, bien qu'ayant conclu dans son rapport à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, la Dre S_____ a argumenté en répondant aux questions les raisons qui justifiaient au contraire de ne retenir qu'une capacité de travail de 50%, ce qu'elle a confirmé lors de son audition.

Il y a dès lors lieu de constater que les conclusions des deux experts se rejoignent.

Par conséquent, sur la base des développements des Drs O_____ et S_____, la Cour de céans considère qu'il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une activité adaptée à 100% sur le plan orthopédique n'est pas

possible, la recourante souffrant de plusieurs atteintes impliquant des limitations tant au niveau lombaire que des membres supérieurs que du membre inférieur gauche.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans retiendra que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et ce à compter d'octobre 2016, date de l'IRM lombaire.

Comme le rappelle à juste titre l'intimé, la décision litigieuse remonte à octobre 2019, de sorte que le rapport du 29 novembre 2021 et les éléments produits lors de l'audience par la recourante portant sur des éléments largement postérieurs à la décision litigieuse, ils n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure, mais devront faire l'objet d'une nouvelle demande.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de la capacité de travail fixée à 50% dans une activité adaptée à compter d'octobre 2016, ce qui porte le droit éventuel à une rente à octobre 2017.

Reste à déterminer le degré d'invalidité.

12.

12.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

12.2 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré

occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

12.3 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1).

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine

spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

12.3.1 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

12.4 On rappellera que l'invalidité consiste en une diminution des possibilités de gain sur le marché équilibré du travail si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé et si elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276 ; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, c'est-à-dire envisager une activité qui ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes (cf. arrêts 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

12.5 Dans la décision litigieuse, l'intimé a repris le taux d'invalidité de 11% fixée par sa décision du 4 septembre 2006.

Ce taux a été calculé en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) tant pour le revenu sans qu'avec invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé avait pris en compte le revenu relatif au secteur de l'hôtellerie restauration (secteur 37) TA7 ESS 2004, niveau 3 pour une femme en l'adaptant à l'horaire usuel de travail de 41.6 heures hebdomadaires.

Quant au revenu avec invalidité, l'intimé s'était référé au tableau TA1 ESS 2004, niveau 4, dans le secteur services pour une femme en l'adaptant également à l'horaire usuel de travail de 41.6 hebdomadaires. Le secteur « services » avait été retenu, car il était considéré que les activités du secteur de production n'étaient pas adaptées en raison des atteintes à la santé de la recourante. Une réduction supplémentaire de 10% avait été admise car seule une activité sédentaire sans travaux fins était envisageable, les autres facteurs n'entrant pas en considération

Il sied dès lors d'actualiser les revenus afin d'établir le taux d'invalidité à compter d'octobre 2017.

En l'espèce, hors gain intermédiaire et activité d'insertion, la dernière activité durable de la recourante relève de la restauration, secteur dans lequel elle a essentiellement travaillé. Par conséquent, il convient de se référer au tableau TA1, tirage « skill-level », secteur privé, ligne 55-56. Il en ressort qu'une femme exerçant à plein temps une activité de niveau 2, vu l'expérience de la recourante, peut réaliser un revenu de CHF 4'240.- par mois (CHF 50'880.- par année). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans le secteur en 2017 (42.4 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, DNT), ce montant doit être porté à CHF 53'932.80 (50'880 x 42.4 / 40) puis à CHF 54'174.-, une fois indexé à 2017 selon l'évolution des salaires nominaux (ISS en 2016 : 2239, et 2017 : 2'249 ; soit 53'932.80 x 2249 / 2239).

Pour le salaire avec invalidité, il sera également fixé d'après les ESS 2016 (TA1_Tirage « skill-level », femme, secteur services, total, pour 41.7 heures, niveau 1). La Cour de céans reprendra ainsi la même catégorie que celle retenue dans la décision de 2006. Il en résulte un revenu avec invalidité de CHF 53'555.30 (4'281 X 12 X 41.7 / 40), soit CHF 53'794.50 après indexation à 2017 (53'555.30 x 2249 / 2239)

Compte tenu du taux d'activité médicalement exigible de 50 %, le revenu annuel brut avec invalidité s'élève au montant arrondi de CHF 26'897.- (soit 53'794.50 x 50 / 100).

À ce stade, il sied de relever qu'au moment de la notification de la décision litigieuse, la recourante, de nationalité suisse, était âgé de 54 ans. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles ont d'ores et déjà été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

Par conséquent, conformément à la jurisprudence précitée, il n'y a pas lieu d'appliquer une réduction supplémentaire.

Ainsi, après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 54'174.-) et avec invalidité (CHF 26'897.-), la perte de gain s'élève à CHF 27'277.-, correspondant à un taux de 50.35, soit 50%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente.

S'agissant des conclusions de la recourante visant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, elles seront rejetées, la recourante ayant déjà été mise au bénéfice d'une mesure auprès d'IPT qui a d'ores et déjà mis en évidence des secteurs d'activités et notamment relevé sa motivation ambivalente.

Par ailleurs, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il faut admettre qu'il existe un nombre suffisamment large d'activités légères sur le marché du travail que la recourante peut assumer malgré ses limitations fonctionnelles et sans formation complémentaire.

13.

13.1 S'agissant des coûts de l'expertise, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

13.2 En l'espèce, l'intimé a certes mandaté une expertise psychiatrique en désignant les Drs M_____ et N_____.

Cependant, compte tenu du rapport du 25 juin 2019, lequel semblait reposer en particulier sur la capacité de travail essentiellement relative aux atteintes somatiques, ce rapport ne revêtait manifestement pas pleine valeur probante comme développé précédemment. Si l'office a constaté à juste titre que les experts psychiatres étaient sortis du cadre de la mission qui leur avait été confiée en se prononçant sur la capacité de travail sur le plan somatique et a rejeté leurs conclusions, il ne pouvait en revanche, sans autre, conclure que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique, alors que les experts mentionnaient des répercussions des atteintes physiques sur le psychique.

La Cour de céans retiendra dès lors que, compte tenu de ces éléments, l'office a diligenté une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées.

Les frais de la première expertise judiciaire de CHF 8'800.-, selon les factures du 2 novembre 2021 des HUG et du 9 novembre 2021 du Dr O_____, sont donc mis à la charge de l'intimé.

Cette expertise n'ayant pas pu se voir reconnaître pleine valeur probante, ce qui a nécessité une seconde expertise judiciaire sans que le comportement de l'intimé ait eu d'influence sur ce point, les frais de la seconde expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

14. La recourante, qui concluait notamment à l'obtention d'une pleine rente d'invalidité, obtient partiellement gain de cause. Étant assistée, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 4'000.-.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument (art. 69 al. 1^{bis} LAI), arrêté en l'espèce à CHF 500.-.

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 24 octobre 2019.

4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2017.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
6. Octroie une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à titre de dépens, à charge de l'intimé.
7. Met les frais de la première expertise judiciaire de CHF 8'800.-, selon les factures du 2 novembre 2021 des HUG et du 9 novembre 2021 du Dr O_____, à la charge de l'intimé.
8. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
9. 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

Marie-Josée COSTA

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