

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/63/2025

ATAS/482/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 juin 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Suzette CHEVALIER, avocate

contre

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

intimé

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

---

## **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1972, nettoyeuse, a déposé une demande de prestations invalidité pour adultes qui a été reçu par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 13 mars 2024.

**b.** Dans le formulaire de demande de prestations, elle a indiqué, comme trouble de la santé, une dépression, ainsi qu'une coxarthrose gauche, gonarthrose DDC, cervico-brachialgie et un syndrome radiculaire L5 à gauche. Les troubles de la santé existaient depuis 2023 et elle précisait être en traitement depuis environ cinq ans chez la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, depuis le 7 septembre 2023 chez le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, depuis le 4 octobre 2023 chez le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et enfin depuis le mois de février 2024, être suivie par le service d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

**c.** L'assurée a, notamment, transmis les documents suivants à l'OAI :

- une déclaration pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie de ZURICH ASSURANCES, agissant en qualité d'assureur perte de gain de F\_\_\_\_\_, l'un des employeurs de l'assurée (ci-après : l'employeur 1). La déclaration d'assurance, datée du 18 septembre 2023, mentionnait un arrêt de travail depuis le 8 septembre 2023, pour raison de maladie ;
- un questionnaire médical complété par le Dr D\_\_\_\_\_, daté du 14 mars 2024, confirmant les troubles de la santé précédemment déclarés par l'assurée indiquant une capacité de travail nulle pour toute activité, avec un pronostic réservé sur la capacité de travail et une inaptitude à suivre une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle ;
- un rapport médical du 4 octobre 2023, établi à la suite de la consultation du même jour par le Dr E\_\_\_\_\_ qui avait effectué un examen neurologique ainsi qu'un examen électromyographique (ci-après : EMG) ; en conclusion, le médecin considérait qu'il y avait une atteinte essentiellement irritative, sensitive non lésionnelle dans le dermato C5 et recommandait une infiltration cervicale, sous scopie, en commençant au niveau C5. De surcroît, l'examen EMG avait mis en évidence une discrète neuropathie du nerf médian gauche dans le canal carpien ainsi qu'une neuropathie du nerf cubital gauche qui pouvaient expliquer les paresthésies au niveau de la main dont se plaignait la patiente ;
- une IRM et un scanner du bassin et des deux hanches, datés du 6 octobre 2023 effectués par la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, qui concluait à une synovite coxofémorale gauche importante associée à

une lésion de la tête fémorale à la jonction métaphyso-épiphysaire proximale et médiale dont l'origine était indéterminée. En raison de la perfusion et de l'importante synovite, le médecin retenait une arthrite septique, une arthrite inflammatoire, une lésion secondaire et écartait comme moins probable une éventuelle lésion osseuse primitive ;

- un questionnaire rempli par l'employeur 1, confirmant que depuis son engagement, le 2 juillet 2007, l'assurée travaillait 15 heures par semaine, en qualité d'agent d'entretien, et était en incapacité totale de travail pour raison de maladie depuis le 8 septembre 2023 ;
- un questionnaire pour l'employeur, rempli par la Mairie H\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur 2), confirmant que l'assurée travaillait à raison de 12 heures par semaine, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2021, en qualité d'employé du restaurant scolaire et qu'elle était en incapacité totale de travail pour raison de maladie depuis le 8 septembre 2023.

**d.** Interpellé par l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu, par courrier du 4 mai 2024, qu'il n'était plus le médecin traitant de l'assurée, depuis la dernière consultation du 25 mai 2023.

**e.** Dans un rapport médical du 6 mai 2024 faisant suite à la consultation ambulatoire du 18 juin 2024, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service d'orthopédie des HUG, a fait état d'un diagnostic principal de synovite de la hanche gauche, de nature indéterminée. Il y avait quelques signes d'atteinte dégénérative mais à un stade précoce, raison pour laquelle aucune indication chirurgicale n'était retenue, la consultation auprès d'un rhumatologue étant, toutefois, recommandée en cas de récurrence des symptômes de douleur de la hanche gauche.

**f.** Le service de réadaptation de l'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien, qui s'est déroulé en date du 17 juin 2024 avec une amie de l'assurée pour la traduction. L'assurée s'est plainte de problèmes de dos depuis des années, les douleurs ayant augmenté et les médicaments ne faisant plus effet. Elle a décrit la nature de son travail auprès des employeurs 1 et 2 et a indiqué avoir consulté récemment le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. À l'issue de l'entretien, la gestionnaire de la division réadaptation a considéré qu'actuellement, l'état de santé de l'assurée ne permettait la mise en place d'aucune mesure de réadaptation, ce d'autant moins que cette dernière ne parlait ni ne comprenait le français, ce qui limitait les possibilités de mesure. L'instruction médicale devait se poursuivre puis le dossier devait être soumis au service médical régional (ci-après : SMR), dès réception des rapports médicaux du rhumatologue et de la psychiatre.

**g.** Dans un rapport médical daté du 21 juin 2024, et destiné à l'OAI, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué avoir effectué une échographie de la hanche gauche qui ne montrait pas de synovite ni d'épanchement, et un bilan radiologique standard qui a révélé une cervicarthrose étagée en rapport avec son âge, une coxarthrose

gauche et une gonarthrose bilatérale. Selon le rhumatologue, la gonarthrose bilatérale, la coxarthrose gauche et la cervicarthrose n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'évolution, il notait qu'il s'agissait de troubles dégénératifs qui allaient probablement s'aggraver très lentement. Le médecin n'avait pas observé de limitations fonctionnelles dans la gestuelle spontanée, ni dans la mesure des amplitudes articulaires au status. Il mentionnait que l'assurée l'avait contacté pour « compléter son dossier », selon son époux présent pendant la consultation. Le médecin relevait que l'assurée semblait déterminée à obtenir une rente et avoir des difficultés à parler le français, sous réserve qu'il n'avait pas de renseignements sur sa vie sociale ou professionnelle et qu'il ne l'avait vue que deux fois en juin 2024. De son point de vue, il n'y avait pas de handicap fonctionnel dans une activité légère en position assise car dans ce type d'activité, le taux global avait très probablement toujours été de 100% et « devait le rester jusqu'à l'âge de la retraite ».

**h.** La psychiatre B\_\_\_\_\_ a transmis un rapport médical à l'OAI, qui l'a reçu le 11 juillet 2024. S'agissant des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, la psychiatre a mentionné un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle (F33.4), une anxiété généralisée (F 41.1), ainsi que des difficultés liées à une enfance malheureuse, traumatisme non travaillé (Z 61.8). L'assurée suivait un traitement pharmacologique de Duloxetin (60mg/jour) et de Quietapine (2x25mg/jour). Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, elle consultait à raison d'une séance par semaine. Le pronostic était réservé et une amélioration de l'état de santé à court et moyen terme ne devait pas être attendue. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, la psychiatre avait indiqué « voir le dossier » et renvoyait aux médecins consultés pour les troubles somatiques. Elle relevait, tout de même, une limite à la capacité de concentration, une capacité de compréhension ralentie, une résistance très faible et une capacité d'adaptation conservée.

**i.** Le service de réadaptation de l'OAI a mandaté le SMR, afin de rendre un rapport, précisant que l'assurée était employée comme agent d'entretien à 35% et employée de restaurant scolaire à 30%. Le SMR devait indiquer la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

**j.** Le SMR a rendu un rapport médical, daté du 14 août 2024, fixant l'incapacité de travail durable à 100% dès le 8 septembre 2023 avec une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et de 100%, depuis toujours, dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles indiquées étaient des douleurs de l'appareil locomoteur, sur trouble dégénératif, raison pour laquelle il fallait préférer une activité adaptée légère et sédentaire, effectuée principalement en position assise. Les informations et diagnostics fournis par les différents médecins étaient discutés et commentés avec, du point de vue psychiatrique, une note selon laquelle la psychiatre relevait une fluctuation de la symptomatologie anxiodépressive en fonction de facteurs de stress et des douleurs de l'appareil

locomoteur. Bien qu'attestant d'une incapacité de travail totale dans toute activité, en raison de troubles de la concentration, de ralentissement et d'une faible résistance, ces limitations fonctionnelles apparaissaient en discordance avec les diagnostics retenus. Par ailleurs, des facteurs psychosociaux non médicaux semblaient influencer négativement la reprise d'activité. Au vu de ces éléments, les troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur non susceptibles de s'améliorer avec l'âge étaient admis, ce qui devait faire préférer une activité adaptée légère et sédentaire, effectuée principalement en position assise et dans laquelle la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, depuis toujours.

**k.** Par note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 19 août 2024, un statut mixte de 65% d'activité professionnelle et de 35% dans les activités ménagères habituelles a été retenu.

**l.** L'OAI a effectué une comparaison des revenus en se fondant, pour déterminer une activité adaptée, sur les tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022, TA1\_tirage\_skill\_level pour une femme et a abouti après indexation selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS) à un revenu brut avec invalidité, pour un plein temps, de CHF 50'015.- comparé au revenu sans invalidité, pour un plein temps, de CHF 55'316.-, ce qui entraînait une perte de gain de CHF 5'300.-, soit, pour la partie professionnelle, un pourcentage de 9.58%. Aucun degré d'invalidité n'était retenu pour la partie travaux habituels, si bien que le degré d'invalidité final pour l'assurée avec statut mixte (invalidité de 9.58% à 65% et invalidité de 0% à 35%) aboutissait à 6.23%.

**B. a.** Par projet de décision du 23 septembre 2024, l'OAI s'est déterminé en refusant une rente d'invalidité dès lors que le taux d'invalidité global arrondi était de 6%. De surcroît, en l'absence d'une condition de perte de gain de 20%, des mesures de reclassement ou de réadaptation professionnelle ne se justifiaient pas.

**b.** Dans le cadre de la procédure d'audition, le mandataire de l'assurée a demandé la communication de l'intégralité du dossier et a communiqué un nouveau rapport médical psychiatrique actualisé par la Dre B\_\_\_\_\_, en date du 8 septembre 2024. Cette dernière indiquait que l'état de l'assurée restait fluctuant, sans avoir de périodes de rémission complète. Depuis 2017, elle n'avait jamais réussi à se priver de neuroleptiques en raison de symptômes d'angoisse extrême qui avaient pour effet qu'elle était perdue et désorganisée. Les limitations fonctionnelles qui découlaient des atteintes à la santé étaient un ralentissement, ainsi que de la peine à prendre des décisions et à se concentrer. Elle ressentait une fatigue quotidienne, une diminution d'intérêt et d'engagement. Elle se plaignait fréquemment de douleurs au bas du dos, ainsi que des hanches et des genoux. Pendant les rechutes, elle devenait apathique, et ralentissait avec un manque d'énergie et de motivation. Elle était incapable d'exercer son activité professionnelle habituelle, au vu de la comorbidité entre son status psychique et ses troubles somatiques avec des douleurs quasi permanentes ; il était difficile d'imaginer qu'elle puisse travailler à 50%. Elle était dépressive, ce qui avait été démontré par plusieurs épisodes, et

présentait une symptomatologie psychotique qui créait des crises d'angoisse ou de panique, ainsi que des idées noires. S'agissant d'une activité professionnelle adaptée, d'un point de vue strictement médical, il était difficile d'en trouver une. Vu le manque de formation professionnelle et les connaissances de français insuffisantes, la psychiatre se demandait quel métier lui proposer.

**c.** Par courrier du 22 octobre 2024, la mandataire de l'assurée s'est « opposée » au projet de décision du 23 septembre 2024 et a conclu à l'attribution d'une rente entière d'invalidité. Elle relevait, notamment, que selon le médecin traitant généraliste de sa mandante, le Dr D\_\_\_\_\_, il y avait des atteintes physiques ainsi qu'un état anxiodépressif entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Selon le médecin, l'atteinte psychiatrique était très sérieuse et invalidante, ce qui était confirmé par la psychiatre traitante de l'assurée. Interpellée par la mandataire, cette dernière a confirmé par courrier du 10 octobre 2024, en substance, les informations déjà transmises précédemment, soit une dépression récurrente avec un épisode récent sévère et une aggravation de l'état anxieux et dépressif impossible à stabiliser sans l'utilisation des médicaments. Elle relevait des difficultés de la mémoire, de la concentration et de l'exécution avec exacerbations d'angoisse et d'anxiété. Face à des contraintes, l'assurée était rapidement confrontée à des limites et faisait des crises d'angoisse et de panique.

**d.** Le SMR a rendu un avis médical du 18 novembre 2024 dans lequel il a confirmé sa précédente appréciation, considérant que les derniers rapports médicaux du psychiatre mentionnaient des atteintes et des limitations fonctionnelles connues, qui étaient superposables à celles qui prévalaient précédemment, ainsi que la participation de facteurs psychosociaux. En l'absence d'éléments objectifs d'aggravation, les précédentes conclusions restaient valables.

**e.** Par décision du 25 novembre 2024, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision.

- C.** **a.** Par acte posté par sa mandataire, en date du 8 janvier 2025, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 25 novembre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par la chambre de céans aux fins de déterminer la capacité de travail de l'assurée et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 8 septembre 2024, le tout sous suite de frais et dépens. L'assurée contestait les avis médicaux du SMR, qui n'étaient pas rédigés par des psychiatres, considérant que les troubles psychiatriques étaient sous-estimés et qu'il y avait, en fait, une aggravation de la situation psychiatrique, tel que cela ressortait du rapport médical du 21 octobre 2024 de la psychiatre traitante. En raison de ces limitations fonctionnelles dues aux atteintes psychiatriques, l'assurée ne pouvait trouver et assumer une activité professionnelle adaptée. Sur le plan des activités ménagères, l'assurée relevait qu'il n'y avait pas eu d'enquête ménagère et que les familiers ne pouvaient suppléer, de manière prolongée, à ses déficiences

dans l'entretien du ménage. Son mari occupait à plein temps la fonction de concierge, qui était réputé très fatigante, sa fille vivait en Valais et on ne pouvait pas trop compter sur son fils. Par conséquent, il ne se justifiait pas de prendre en compte l'aide de la famille, pour retenir une incapacité nulle dans l'activité ménagère.

**b.** Dans sa réponse du 4 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé, notamment, que bien que le médecin du SMR ne soit pas spécialiste en psychiatrie, le Tribunal fédéral avait jugé à de nombreuses reprises qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, était en mesure d'émettre un avis sur un rapport médical. L'OAI maintenait que des facteurs non médicaux influençaient négativement la reprise d'activité, notamment le manque de formation professionnelle et de maîtrise du français, et que les symptômes étaient stabilisés sous psychothérapie et traitement psychotrope. S'agissant des activités ménagères, il y avait lieu de prendre en compte l'exigibilité des membres de la famille, ce d'autant plus qu'aucun rendement n'était exigé dans le cadre privé et que les tâches ménagères pouvaient être réparties et/ou fractionnées différemment. De surcroît, on pouvait renoncer à la mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte, lorsqu'une appréciation anticipée des preuves la désignait clairement comme inutile ; à cet égard, la situation personnelle de la recourante était déjà suffisamment connue et documentée dans le dossier, raison pour laquelle une enquête sur place était inutile. Enfin, il était mentionné que l'assurée devait satisfaire à son obligation de réduire le dommage et se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement et les appareils ménagers appropriés, de même qu'elle devait répartir son travail en tenant compte de ses difficultés et, au regard de la jurisprudence, l'aide des membres de la famille devait aller au-delà de ce que l'on pouvait attendre de ceux-ci, si la personne n'avait pas été atteinte dans sa santé.

**c.** Par réplique du 27 mars 2025, l'assurée a persisté intégralement dans ses conclusions, joignant, en annexe, un rapport daté du 2 février 2025, rédigé par la docteure K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en néphrologie, relevant, suite à la consultation du 2 mars 2025, une cervico-brachialgie gauche, des contractures musculaires cervicales, l'assurée se plaignant depuis trois jours de cervicalgies très intenses irradiant dans l'épaule et tout le bras gauche jusqu'à la main. La mandataire de l'assurée a également transmis à l'OAI un rapport médical de la psychiatre B\_\_\_\_\_ daté du 18 mars 2025, répétant que celle-ci était suivie pour un état dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques, peur et crises d'angoisse, ce qui était la raison principale de son incapacité de travail, étant précisé qu'elle restait très fragile et était partiellement résistante au traitement neuroleptique antidépresseur ; la comorbidité due aux pathologies somatiques ne faisait qu'augmenter ses souffrances. En raison de cette pathologie, les limitations fonctionnelles étaient très claires et présentes dès que la patiente subissait un effort démesuré ou était

confrontée aux contraintes et aux pressions. Les limitations fonctionnelles étaient fortement « touchées », avec des troubles de la concentration qui s'exacerbaient ou s'aggravaient dans toutes les circonstances décrites, ce qui provoquait une sensation de perplexité, de désorganisation et d'incapacité à être efficace. Enfin, sur le plan des facteurs sociaux, l'assurée avait l'impression de ne pas être à la hauteur, à l'égard de ses deux enfants et de ne pas pouvoir répondre à leurs besoins, ce qui affectait son sens des responsabilités, vis-à-vis de sa famille.

Un rapport médical du 1<sup>er</sup> avril 2025, rédigé par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, concluait à une symptomatologie actuelle radiculaire en C7, ce qui s'expliquait par une IRM datée de 2023, qui montrait des anomalies pouvant expliquer ladite atteinte. De surcroît, l'examen neurologique des membres supérieurs montrait une nette hyporéflexie tricipitale, avec des troubles sensitifs de la main droite, qui pouvaient concerner le territoire du nerf médian, mais qui correspondaient aussi au territoire de la racine C7.

**d.** Par duplique du 24 avril 2025, l'OAI s'est fondé sur un avis médical du SMR daté du 22 avril 2025, se prononçant sur les derniers rapports médicaux qui avaient été transmis. Les appréciations neurologiques du Dr L\_\_\_\_\_ en 2025 et du Dr E\_\_\_\_\_ en 2023 étaient cohérentes dans le sens d'une cervico-brachialgie sur syndrome radiculaire cervical, dans un contexte de cervico-discarthrose étagée et canal cervical étroit constitutionnel. La symptomatologie cervico-brachiale qui prédominait à gauche, en 2023, avait quasiment disparu en 2025. De surcroît, il était rappelé que les limitations fonctionnelles en lien avec ces troubles n'avaient pas été ignorées par le rhumatologue, qui avait attesté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Aussi, le nouveau rapport médical ne changeait rien aux précédentes conclusions du SMR, qui restaient valables. Compte tenu de ces éléments, l'OAI persistait dans ses conclusions.

**e.** Le courrier de l'OAI et l'avis médical du SMR ont été transmis à la mandataire de l'assurée, en date des 29 avril et 6 mai 2025. Cette dernière n'a pas réagi.

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

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

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances

sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

**1.2** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de 30 jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

**2.**

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> 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).

**2.2** En l'occurrence, la décision querellée fait suite à une demande de prestations déposée en mars 2024 et qui a abouti au refus de toute prestation. Dans ces circonstances, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 25 novembre 2024 de refus d'octroi de toutes prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur les effets des troubles psychiatriques sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

**4.**

**4.1** L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de

gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'art. 16 LPGGA dispose que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

À teneur 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs

incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. 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. Axe « atteinte à la santé »

#### 1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 ; 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

#### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère

invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

### 3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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).

#### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par ex., auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; *cf.* ATF 141 V 281

consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

### II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par ex., les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

**5.**

**5.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**5.2** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

**5.3** Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.4** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR

(ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**5.5** 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**5.6** 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 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## 6.

**6.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 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).

**6.2** Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8).

Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGA, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1<sup>er</sup> février 2019 consid. 8c).

Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2).

7. En l'espèce, la recourante se plaint de troubles somatiques ainsi que de troubles psychiatriques dont les effets sur sa capacité de travail sont, selon elle, sous-estimés par l'intimé.

L'intimé, de son côté, se fonde sur le rapport médical du rhumatologue J\_\_\_\_\_, estimant qu'en dépit de ses troubles somatiques, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des troubles psychiatriques, ils sont relativisés par l'intimé, qui considère qu'il existe une importante composante de facteurs psychosociaux non médicaux, influençant négativement la reprise d'une d'activité lucrative.

**7.1** En ce qui concerne les troubles de nature somatique, le médecin orthopédiste des HUG a recommandé la consultation d'un rhumatologue. Ce dernier, le Dr J\_\_\_\_\_, a communiqué ses observations au médecin traitant D\_\_\_\_\_, par

courrier du 12 juin 2024 et a rendu, en date du 21 juin 2024, un rapport médical très clair. Dans ces deux documents, il constate l'absence de synovite et d'épanchement de la hanche gauche, ainsi que la présence d'une cervicarthrose étagée, en rapport avec l'âge de l'assurée, une coxarthrose gauche et une gonarthrose bilatérale. De son point de vue, ces troubles somatiques permettent à l'assurée de travailler dans toute activité professionnelle en position assise, étant précisé que le médecin relate des difficultés à évaluer les douleurs dont se plaint l'assurée, par manque de coopération, mentionnant tout de même que cette dernière considère que personne ne va l'engager dans une activité professionnelle en position assise. Le médecin recommande une perte de poids ainsi que des mesures d'hygiène de vie et des traitements antalgiques de palier I. Selon lui, il n'existe pas de diagnostic empêchant l'assurée d'exercer une activité adaptée et il précise n'avoir pas observé de limitations fonctionnelles dans la gestuelle spontanée, ni dans la mesure des amplitudes articulaires au status.

Aucune attestation médicale transmise par l'un des médecins traitants de l'assurée ne fait état d'éléments somatiques pouvant contredire l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_, étant précisé que le questionnaire médical complété le 14 mars 2024 par le Dr D\_\_\_\_\_, dans lequel il conclut à l'inaptitude totale de l'assurée dans toute activité, ne contient aucune motivation ou explication pouvant justifier une telle conclusion.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que la recourante n'est pas parvenue à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que des troubles de la santé de nature somatique l'empêchaient d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à son taux usuel de 65%.

**7.2** S'agissant des troubles de nature psychiatrique, aucune pièce médicale ne contredit les appréciations de la psychiatre de la recourante. Il sied de relever que cette dernière a dû être relancée plusieurs fois par l'OAI et que le questionnaire médical qu'elle a transmis à l'OAI, en date du 11 juillet 2024, est relativement ancien puisqu'il est daté du 23 novembre 2021.

À teneur du questionnaire médical qu'elle a complété le 8 septembre 2024, la psychiatre relate un état dépressif sévère, avec des crises de panique pouvant se produire plusieurs fois par jour et un état fluctuant, sans période de rémission complète, depuis 2017. Les limitations fonctionnelles décrites sont un ralentissement, des difficultés à prendre des décisions et à se concentrer, une fatigue quotidienne, une diminution de l'intérêt et de l'engagement ainsi que des plaintes fréquentes en raison de ses douleurs, qui induisent un état apathique et un manque d'énergie et de motivation. Sous la rubrique concernant l'activité professionnelle adaptée, la psychiatre mentionne des éléments non médicaux, à savoir le manque de formation professionnelle et de connaissance du français, ce qui a été relevé par le SMR, dans son avis médical du 18 novembre 2024.

Néanmoins, ce n'est pas parce que la psychiatre fournit des motivations psychosociales qu'il ne faut pas prendre en compte les limitations fonctionnelles médicales, qu'elle a mentionnées dans son attestation.

Relancée par la mandataire de l'assurée, la Dre B\_\_\_\_\_ se montre plus précise, dans le courrier de la mandataire du 10 octobre 2024, mais complété par la psychiatre, le 21 octobre 2024. Elle mentionne, comme limitations fonctionnelles, l'anxiété, l'angoisse et la diminution des fonctions exécutives. Le SMR a d'ailleurs relevé ces éléments dans son avis médical du 18 novembre 2024, tout en les relativisant par le fait que les symptômes sont stabilisés, sous psychothérapie et du fait que le traitement psychotrope est resté inchangé. Néanmoins, dans son rapport du 18 mars 2025, la psychiatre mentionne un état resté très fragile et partiellement résistant au traitement neuroleptique antidépresseur, ce qui semble aller à l'encontre des conclusions du SMR. Alors même que les capacités de l'assurée sont décrites comme restreintes, avec des limites qui sont rapidement atteintes, la psychiatre précise que, dès que la patiente subit un effort démesuré ou est confrontée aux contraintes et aux frustrations, des troubles de la concentration apparaissent, qui sont exacerbés ou aggravés par les circonstances, ce qui entraîne une désorganisation et une incapacité à être efficace.

Ces éléments médicaux sont de nature à limiter objectivement la capacité de travail de la recourante et ceci sans faire intervenir des éléments psychosociaux.

Les limitations mentionnées ne permettent toutefois pas à la chambre de céans d'estimer avec précision la capacité de travail résiduelle de la recourante, souffrant de troubles psychiatriques.

Dans ces conditions, la chambre de céans considère que l'instruction a été menée à bien par l'OAI, en ce qui concerne les troubles somatiques, mais qu'elle souffre de lacunes en ce qui concerne les troubles psychiatriques.

En effet, contrairement aux conclusions du SMR, les limitations ne sont pas exclusivement de nature psychosociale et les troubles psychiques ne semblent pas être stabilisés.

**7.3** Partant, la chambre de céans n'a d'autre choix que d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé, afin de mener une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique.

Étant précisé que l'expert psychiatre désigné par l'intimé devra également tenir compte des comorbidités somatiques et qu'au vu des conclusions de l'expertise, il appartiendra à l'intimé d'estimer s'il est opportun, ou non, de mettre en œuvre une éventuelle enquête ménagère si les troubles psychiques devaient avoir une incidence dans ce domaine.

## **8.**

**8.1** La recourante, assistée par une mandataire professionnellement qualifiée et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de

participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 novembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire, au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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