

GE_GERICHTE ATAS/96/2026 vom 9. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_96_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/96/2026 du 9 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/96/2026 del 9 febbraio 2026

Erwägungen

E. 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

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche. Le délai fixé par semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court ; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois. Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit. Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (art. 38 et 39 LPGA et 17 LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas : a) du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement ; b) du 15 juillet au 15 août inclusivement ; c) du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA et art. 89C LPA).

A/1679/2025 - 15/33 - En l'occurrence, la décision litigieuse a été notifiée à la recourante au plus tôt le 26 mars 2025. Compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques – soit du 13 au 27 avril 2025 –, le délai de recours a été prorogé jusqu'au lundi 12 mai 2025 (le 10 mai 2025 étant un samedi). Posté le 12 mai 2025, le recours a été interjeté en temps utile.

E. 1.3

Le recours respectant également les conditions de forme prévues à l'art. 61 let. b LPGA (cf. art. 89B LPA), il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement, et plus particulièrement sur la valeur probante du rapport du BEM du 7 janvier 2024 et l'instruction menée par l'office intimé. Il est à ce propos précisé que, par ATAS/448/2020 du 9 juin 2020, la chambre de céans a confirmé le refus d'octroi de rente d'invalidité contenu dans la décision du 2 septembre 2019. La question du droit à une rente d'invalidité a ainsi été réglée jusqu'à cette date. Il apparaît

toutefois que, à la suite du renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau sur le droit à une mesure de reclassement après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, une aggravation de l'état de santé de la recourante a été annoncée dans le cadre de cette instruction complémentaire. Dans son avis médical du 4 août 2022, le SMR a relevé la présence d'une pluralité d'atteintes à la santé (somatiques et psychiatrique) avec une péjoration des affections connues et l'apparition de nouvelles atteintes, en particulier à l'épaule droite, et a considéré que la recourante avait rendu plausible une aggravation de son état de santé de manière durable. Au vu de ces éléments, le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement doit être examiné pour la période postérieure à la décision du 2 septembre 2019. 3. 3.1 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). 3.2 En l'espèce, l'état de fait devant être apprécié juridiquement est celui correspondant à la période postérieure au 2 septembre 2019, dès lors que l'intimé a procédé à une instruction complémentaire sur le plan médical au vu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Par conséquent, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt le 1er mars 2020. Cette date étant antérieure au changement de loi, l'ancien droit reste applicable.

A/1679/2025 - 16/33 - 4. 4.1 À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a) 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, b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. 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. Enfin, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 4.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 4.3 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'AI, les diminutions de la

A/1679/2025 - 17/33 - 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). 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). 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). 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). 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

A/1679/2025 - 18/33 - importants pour que l'on puisse néanmoins – dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, avec des indicateurs – 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 6.3 et les références). 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

E. 6

Les médecins peuvent évaluer la capacité de travail d'une personne assurée sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, par une appréciation rétrospective de la situation à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.1 et la référence).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des

griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

A/1679/2025 - 22/33 - considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 9

En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations le 26 août 2011, invoquant une atteinte à l'ouïe, à la colonne cervicale et une affection psychiatrique. Par arrêt du 6 octobre 2015, la chambre de céans a considéré, sur la base d'un rapport d'expertise du 18 mars 2014, que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (une activité ne nécessitant pas de travail en position fixe de la colonne cervicale, le port régulier de charges supérieures à 10 kg, un engagement physique lourd, permettant un changement fréquent de position et peu exigeante pour l'audition, soit de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale ; ATAS/763/2015 précité consid. 10a). Le recours formé par la recourante contre cet arrêt ayant été rejeté par le Tribunal fédéral (9C_869/2015), il est entré en force de chose jugée. Le 15 juin 2016, la recourante a annoncé à l'intimé une péjoration de son état de santé, se fondant sur le rapport du 30 mars 2016 du Dr B_____ (psychiatre). Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande de prestations, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr F_____, lequel a posé le diagnostic de dysthymie, associée à une exagération des plaintes, dans son rapport du 6 octobre 2018, concluant à une capacité de travail entière dans toute activité, sans diminution de rendement. Par arrêt du 9 juin 2020, la chambre de céans s'est fondée sur ces conclusions et a retenu que l'affection psychique de la recourante n'avait pas valeur de maladie (ATAS/448/2020 précité consid. 10c/bb). Sur le plan somatique, la chambre de céans a retenu qu'aucun médecin n'avait attesté que les douleurs inguinales survenues en août 2018 étaient incapacitantes et, concernant l'atteinte à l'ouïe invoquée, aucun médecin ne s'était déterminé sur son incidence sur la capacité de travail de la recourante (ATAS/448/2020 précité consid. 10d). Force était donc de constater que l'état de santé de la recourante ne s'était pas péjoré depuis le précédent refus de rente, entré en force, au point de modifier sa capacité de travail résiduelle qui était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (ATAS/448/2020 précité consid. 10e). La recourante présentait donc toujours un taux d'invalidité de 20%, conduisant la chambre de céans à confirmer le refus d'octroi d'une rente, mais ouvrant le droit à un reclassement (ATAS/448/2020 précité consid. 10g et 13). À la suite du renvoi de la cause à l'intimé (ATAS/448/2020 précité consid. 13 et 14), le refus de rente est entré en force et l'intimé a pris en charge les frais d'une

A/1679/2025 - 23/33 - mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF du 11 janvier au 2 avril 2021. Cette mesure a toutefois été interrompue en date du 4 mars 2021 en raison

d'un effondrement thymique de la recourante (cf. certificat médical du Dr C_____ du

E. 9.1

La recourante conteste disposer d'une capacité de travail de 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée comme retenu par l'intimé. Ce dernier s'étant fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du BEM du 7 janvier 2024 et sur l'avis du SMR du 18 janvier 2024 pour rendre la décision litigieuse, il convient d'en examiner la valeur probante et de confronter leurs conclusions aux autres éléments médicaux figurant au dossier.

E. 9.2

S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, la chambre de céans observe qu'il contient une anamnèse, les plaintes psychiatriques de la recourante et la description de sa vie quotidienne. L'expert O_____ a également décrit le status psychiatrique de la recourante, posé le diagnostic de dysthymie fondé sur la CIM et apprécié le cas de manière motivée en expliquant pour quelles raisons il retenait ledit diagnostic plutôt que ceux retenus par le psychiatre traitant. Enfin, il a déterminé la capacité de travail de la recourante dans son activité antérieure et dans une activité adaptée. Ce volet de l'expertise répond donc, sur le plan formel, aux réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître pleine valeur probante. Ainsi, l'expert O_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a expliqué avoir retenu le diagnostic de dysthymie (code F34.1 CIM-10), car la recourante rapportait un abaissement continu de l'humeur depuis plusieurs années, sans que celui-ci ne corresponde aux critères d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10 au jour de l'examen. Ainsi, il n'était pas constaté de signe en faveur d'un abaissement constant de l'humeur, ni de fatigue ou de fatigabilité et la recourante ne décrivait pas de diminution de l'intérêt ou du plaisir. L'expert a en outre expliqué que l'on retrouvait, à plusieurs reprises, dans le dossier des diagnostics de dépressions d'intensités variables, de moyen à sévère, qui contrastaient toutefois avec le niveau de fonctionnement et notamment l'investissement relevé lors de certaines mesures de réadaptation. Par exemple, la recourante s'était montrée impliquée et performante lors de ses cours de français à la fin de l'année 2017, ce qui ne concordait pas avec un épisode dépressif, même d'intensité légère, et contrastait avec l'anamnèse rapportée par l'intéressée. L'expert O_____ a par ailleurs indiqué ne pas avoir relevé de signe d'idée de culpabilité, de baisse de l'estime de soi ou d'auto-dévalorisation, ni de troubles de la concentration ou de l'attention sur toute la durée de l'examen. La recourante ne présentait pas non plus d'idée suicidaire et ne décrivait pas de projection pessimiste dans l'avenir, mais simplement une absence de vision de celui-ci. Au

A/1679/2025 - 24/33 - vu de ces éléments, aucun des sept critères secondaires d'un épisode dépressif, au sens de la CIM-10, n'était retenu (cf. rapport d'expertise du 7 janvier 2024, p. 28). Par ailleurs, l'expert psychiatre a écarté les diagnostics retenus par le psychiatre traitant dans les rapports établis par celui-ci entre le 11 octobre 2011 et le

E. 9.3

S'agissant du volet orthopédique, le Dr N_____ a retenu, à titre de diagnostics incapacitants, des cervicalgies chroniques de l'épaule droite sans lésion objective les expliquant et des rachialgies chroniques sans lésion importante les expliquant. L'expert qualifie de non-incapacitant le diagnostic de brachialgies et de douleurs de l'épaule droite qui n'ont, selon lui, pas d'origine orthopédique (cf. rapport d'expertise, p. 16). Pour rappel, dans leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu une capacité de travail de

100% dans l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 20%, uniquement en raison des diagnostics somatiques incapacitants susvisés (cf. rapport d'expertise, p. 11). La chambre de céans constate toutefois que l'expertise orthopédique comporte certaines contradictions et lacunes qui seront examinées ci-après. En premier lieu, les experts ont indiqué, dans l'évaluation consensuelle, que « des IRM ont mis en évidence des lésions dégénératives cervicales avec des possibles conflits radiculaires C5 à droite qui sont mis en évidence par des examens neurologiques » (cf. rapport d'expertise, p. 7). Ils ont par ailleurs retenu, comme diagnostic incapacitant au plan somatique « lésions dégénératives étagées au niveau du rachis cervical pouvant entraîner des cervicalgies » (cf. rapport d'expertise, p. 9). Or, dans le volet orthopédique de l'expertise, l'expert N_____ a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques et de douleurs chroniques de l'épaule droite en l'absence de lésion objective les expliquant et, s'agissant du diagnostic de rachialgies chroniques, ce même expert a souligné l'absence de « lésion importante les expliquant » (cf. rapport d'expertise, p. 16). Ainsi, les diagnostics retenus dans l'appréciation consensuelle et l'expertise orthopédique apparaissent incohérents, voire présentent des contradictions. Par ailleurs, la motivation des diagnostics est pour le moins sommaire, voire lacunaire. Dans la section de l'expertise orthopédique sur les « constatations lors de l'examen », l'expert orthopédique a indiqué avoir constaté, lors de l'examen clinique du rachis, que la mobilité était diminuée dans tous les plans avec des douleurs entre les omoplates et « irradiant vers l'épaule droite [...] ». De même, s'agissant de l'examen du rachis dorso-lombaire, la flexion antérieure n'était pas réalisée « en raison de douleurs au niveau de l'épaule droite ». En outre, l'examen

A/1679/2025 - 26/33 - du membre supérieur droit, à savoir, la mobilisation du coude en flexion/extension et pro-supination réveillait des douleurs au niveau de l'épaule droite, la mobilisation du poignet, des doigts ainsi que la pince entre le pouce et le 2e doigt réveillant aussi des douleurs au même endroit. Enfin, des douleurs au niveau de l'épaule droite étaient aussi ressenties lors de l'examen du membre inférieur droit (cf. rapport d'expertise, p. 15). Après avoir relevé ces douleurs à l'épaule droite lors de l'examen clinique, l'expert N_____ a indiqué que deux IRM de l'épaule droite (cf. rapports d'IRM du Dr I_____ du 27 septembre 2021 et de la Dre P_____ du 30 mai 2022) mettaient en évidence « une stabilité de la tendinopathie jonctionnelle postérieure sans mettre en évidence d'atrophie graisseuse de la musculature et de la coiffe au niveau de l'épaule droite » (cf. rapport d'expertise, p. 15). Si le rapport d'imagerie susvisé du 30 mai 2022 indique en effet une stabilisation de la tendinopathie jonctionnelle postérieure par rapport au comparatif, à savoir l'IRM du 27 août 2021 ayant fait l'objet du rapport du Dr I_____ du 27 septembre 2021, ainsi qu'une stabilisation de l'anomalie signal de la portion articulaire du long chef du biceps, force est toutefois de constater que le Dr I_____ a également relevé une légère arthrose acromio-claviculaire, sans que cet élément n'ait été mentionné par l'expert. L'expert orthopédique ne s'est pas non plus déterminé sur les conclusions du Dr K_____ du 9 juin 2022 à teneur desquelles la recourante avait bénéficié d'une infiltration de l'acromio-claviculaire, à la gouttière du long chef du biceps et à la bourse sous-acromiale le 19 avril 2022, avec une amélioration transitoire d'une semaine et une récurrence des douleurs qui restaient antérieures, cotées à 4/10 au repos et jusqu'à 8/10 à la mobilisation, ainsi que des douleurs nocturnes. Cliniquement, le Dr K_____ a indiqué qu'on retrouvait une gouttière du long chef du biceps et une acromio-claviculaire fortement douloureuses avec une élévation antérieure active à 90° en actif et en passif, une abduction à 85°, 90° en passif, une rotation externe à 20° et interne à D12. Par ailleurs, les tests de provocation bicipitaux

étaient positifs avec une force de la coiffe à M5 pour le sous-scapulaire, un Jobe non tenu et une rotation externe à M3. Le spécialiste proposait de réaliser une nouvelle IRM et de réévaluer l'assurée avec une possible indication chirurgicale (cf. rapport du Dr K_____ du 9 juin 2022). L'expert orthopédique ne s'est pas non plus déterminé sur les conclusions du Dr D_____ du 13 juin 2022 qui a, entre autres, relevé un « développement progressif d'omalgies à droite et d'une irradiation pseudo-radiculaire du membre supérieur droit avec amplitudes gléno-humérales progressivement restreintes », ainsi que des douleurs qui s'inscrivaient dans le contexte d'une tendinopathie du long chef du biceps, d'une tendinopathie interstitielle du sus-épineux et d'une arthropathie acromio-claviculaire symptomatique, ce spécialiste ayant retenu une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'une chronicisation des douleurs et une limitation progressive des amplitudes gléno-humérales (cf. rapport du Dr D_____ du 13 juin 2022 ; dossier intimé, p. 1195).

A/1679/2025 - 27/33 - Quant aux limitations fonctionnelles, les experts ont certes indiqué que « les cervicalgies chroniques ont une incidence sur les capacités fonctionnelles » de la recourante (cf. rapport d'expertise, p. 9), mais n'ont pas précisé quelle était cette incidence et comment celle-ci influençait la capacité de travail de l'intéressée. En particulier, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, l'expert orthopédique a retenu une baisse de rendement d'environ 20% « en raison de l'augmentation du nombre de pause (sic) », sans toutefois expliquer cette nécessité d'effectuer des pauses, ni la fréquence de celles-ci. Au vu de ce qui précède, l'expertise orthopédique ne peut, en l'état, se voir reconnaître pleine valeur probante.

E. 9.4

S'agissant de l'atteinte à l'ouïe, les experts ont, dans leur évaluation consensuelle, fait état d'une infection ORL sévère s'étant compliquée d'une surdité, qui s'était ensuite intensifiée au fil du temps, et ont relevé que la recourante rapportait à plusieurs reprises des difficultés de concentration et une forme d'isolement en raison de cette atteinte (cf. rapport d'expertise, p. 7). Dans son avis du 18 janvier 2024, le SMR fait certes état de cette atteinte à l'ouïe en relevant que la notion d'hypoacousie figure au dossier et indique qu'aucun effet incapacitant n'a été apprécié sur cette atteinte à la santé. Il ne ressort toutefois pas clairement de son appréciation s'il se réfère à l'expertise du BEM du 7 janvier 2024 ou à l'expertise du 18 mars 2014. Il apparaît toutefois que, dans l'expertise du BEM, les experts ne se sont pas déterminés sur une éventuelle incidence de cette atteinte auditive sur la capacité de travail de la recourante, étant précisé que cette atteinte ne relève pas de leurs domaines de spécialisations respectifs. Quant à l'expertise du 18 mars 2014, les experts ont retenu, s'agissant de l'atteinte auditive, à titre de diagnostics incapacitants, une surdité totale droite et une surdité de perception gauche de degré moyen à sévère, appareillée (code H91.9 CIM-10), ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec cette atteinte : une activité peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale. Dans ce cadre, l'activité d'éducatrice de la petite enfance n'était plus exigible. L'activité d'employée d'horlogerie était théoriquement possible avec certains aménagements (en gardant l'appareil si le milieu n'est pas trop bruyant ou sans appareil si l'environnement est bruyant mais avec, dans ce cas, l'impossibilité d'une bonne communication verbale ; cf. rapport d'expertise du 18 mars 2014, p. 21). Ces limitations fonctionnelles n'ont toutefois pas été reprises par le SMR dans le cadre de l'instruction complémentaire de l'état de santé de la recourante. Par ailleurs, il semble pour le moins

prématuré d'envisager, tel que semble le faire le SMR dans son avis du 18 janvier 2024, une amélioration de la capacité auditive de la recourante alors que l'opération d'implant cochléaire n'était pas encore prévue, mais uniquement envisagée, en septembre 2022, l'intéressée ayant fait

A/1679/2025 - 28/33 - part de ses craintes au Dr J_____ vis-à-vis de cette opération. En outre, contrairement à ce qu'indique le SMR, l'appareillage Bi-CROS n'est porté par la recourante que du côté gauche depuis mars 2022 dès lors qu'elle n'en tire plus d'avantage du côté droit, selon le rapport du Dr J_____ du 30 septembre 2022. Ces éléments sont ainsi de nature à démontrer une péjoration de l'atteinte auditive par rapport à la situation prévalant lors de l'expertise du 18 mars 2014, susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de travail et/ou les limitations fonctionnelles. La chambre de céans relève pour le reste que les spécialistes ORL ayant examiné la recourante ne se sont pas clairement prononcés sur l'incidence de cette atteinte sur la capacité de travail. En effet, il ressort des rapports des Drs J_____ (cf. rapports du 23 janvier et du 30 septembre 2022) et M_____ (cf. rapport du 22 mars 2023), tous deux spécialistes ORL, qu'aucun des deux ne s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante en raison de ses limitations auditives. Le Dr J_____ s'est en effet limité à indiquer que la recourante était gênée au quotidien pour comprendre dans les environnements bruyants ou dans « les situations de groupe », avait rapidement des maux de tête/de la fatigue, se retirait parfois des conversations pour rechercher un temps calme et sa compréhension sans l'aide de la lecture labiale était certes possible, mais pour un court instant et était très coûteuse (cf. rapport du 30 septembre 2022 du Dr J_____). Pour sa part, la Dre M_____ a uniquement indiqué que la concentration et la compréhension quotidienne constituaient des limitations fonctionnelles. Or, il ressort du dossier que cette atteinte, à savoir une surdité complète du côté droit et un déficit auditif s'étant péjoré du côté gauche (cf. rapport du Dr J_____ du 23 janvier 2022), a été constatée lors des mesures d'ordre professionnel suivies par la recourante. Ainsi, à la suite de deux stages en crèche et en EMS, l'ORIF a indiqué à l'intimé que « le contexte [était] apparu trop bruyant pour elle, un milieu plus calme lui serait plus favorable selon ses dires » (cf. préavis de visite du 26 avril 2018 ; dossier intimé, p. 806). Il apparaît donc que l'atteinte à l'ouïe et son incidence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles n'ont pas été suffisamment instruites par l'intimé, de sorte que la chambre de céans n'est pas à même d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante dans sa globalité pour ce motif également.

E. 9.5

Ces lacunes et incohérences dans l'instruction médicale du dossier apparaissent d'autant plus problématiques pour l'établissement de la capacité de travail de la recourante au vu des éléments rapportés dans le cadre des mesures d'intégration professionnelle mises en place par l'intimé en 2018 et 2021. Ainsi, par courriel du 28 juin 2018, une collaboratrice de l'ORIF a expliqué à l'intimé que les « pistes nécessitant une activité avec mobilisation de la nuque (manuelles, devant l'ordinateur, activité de précision, ...) [avaient] également été mises de côté en raison de fortes douleurs cervicales ». Il ressort par ailleurs d'un rapport du 13 juillet 2018, établi par le directeur de l'ORIF-Q_____, que, malgré l'alternance des positions entre le module d'informatique et un module créatif, la

A/1679/2025 - 29/33 - recourante avait indiqué souffrir des cervicales en raison de la position devant l'ordinateur, en dépit des moyens ergonomiques mis à sa disposition. Par ailleurs, lors de son activité dans le « module bijouterie », elle avait indiqué souffrir des

cervicales lorsque la nuque était sollicitée trop longtemps. Quant au stage de vendeuse envisagé par l'ORIF, les magasins contactés par cet organisme avaient répondu par la négative au motif que les stagiaires devaient pouvoir répondre au téléphone et être sollicités par plusieurs interlocuteurs simultanément. En conclusion, le directeur de l'ORIF-Q _____ a indiqué qu'outre la déficience auditive de la recourante, ses douleurs aux cervicales constituaient un véritable frein à de nombreuses activités pratiques ou manuelles ainsi qu'aux activités à l'ordinateur, l'intéressée ayant indiqué « très souvent souffrir de fortes douleurs » et utilisé le fauteuil de détente à plusieurs reprises. Enfin, le module de conditionnement léger proposé par l'ORIF, qui avait précisé que cette piste restait une niche sur le marché de l'emploi, n'avait pas été suivi jusqu'à son terme (cf. rapport de l'ORIF du 13 juillet 2018). La chambre de céans relèvera également que, dans un courriel de l'ORIF du 9 février 2021, le collaborateur en charge de la formation professionnelle explique avoir été contraint de renvoyer la recourante chez elle, car « elle semblait souffrir beaucoup de céphalées dues à ses douleurs cervicales » intervenues alors qu'elle travaillait sur informatique. Après une tentative de repos dans une salle prévue à cet effet, elle avait tenté de reprendre son travail, mais semblait incapable d'y parvenir, de sorte qu'elle était rentrée chez elle. La recourante faisait preuve de volonté et, malgré de constantes douleurs signalées au niveau des cervicales, du bras et des hanches, elle se forçait à rester en place. Ainsi, quelles que soient les activités proposées et les positions de travail adoptées (position assise, debout ou alternées) aucune d'entre elles n'avait pu, à ce jour, être validée comme réaliste dans une activité économique (cf. courriel de l'ORIF du 9 février 2021). Si l'on retrouve certaines des limitations fonctionnelles identifiées par l'ORIF dans le cadre des mesures d'intégration professionnelle parmi celles retenues par les experts du BEM, et que le SMR a fait siennes dans son dernier avis du 18 janvier 2024, soit l'absence de flexion antérieure ou de rotation itérative du rachis cervical, pas ou peu de charges au niveau du membre supérieur droit, pas d'activité au-dessus de la ceinture scapulaire et pas de porte-à-faux au niveau du rachis, force est de constater que les responsables des mesures d'intégration professionnelle ont fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir, ne pas pouvoir répondre au téléphone et ne pas être sollicitée par plusieurs interlocuteurs simultanément en raison de l'atteinte à l'ouïe, ainsi que l'absence d'une position retenue comme étant réaliste dans une activité économique. Au demeurant, si la conclusion de l'intimé selon laquelle les éléments du dossier indiquaient clairement que la recourante n'avait montré aucune motivation à suivre des mesures d'ordre professionnelles (cf. mémoire de réponse du 12 juin 2025, p. 2) se vérifie certes s'agissant du stage en EMS (soins aux personnes

A/1679/2025 - 30/33 - âgées) suivi en 2018 (cf. note de travail de l'OAI du 27 avril 2018), les rapports de l'ORIF susvisés permettent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'échec des mesures mises en œuvre étaient dues, de manière prépondérante, aux limitations fonctionnelles somatiques constatées par les conseillers en réadaptation de l'ORIF. Il sied donc de constater que les conclusions de l'ORIF contredisent l'appréciation médicale des experts du BEM dès lors qu'elles excluent que la recourante soit en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le circuit économique normal, alors que les experts du BEM retiennent une capacité de travail entière, avec 20% de baisse de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, s'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci, la

jurisprudence fédérale prévoit qu'au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 9.6

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'en raison des lacunes et des incohérences relevées dans l'expertise du BEM du 7 janvier 2024, s'agissant de son volet orthopédique, et au vu des éléments rapportés par l'ORIF et figurant au dossier, cette expertise ne permet pas de déterminer précisément la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'elle ne peut pas, en l'état, se voir reconnaître pleine valeur probante. 10. Au vu des éléments ci-dessus retenus, force est de constater qu'il n'est pas possible, en l'état, de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales, la capacité de travail de la recourante. La cause sera donc renvoyée à l'intimé afin qu'il complète l'instruction médicale, sur les plans orthopédique et ORL. Sur le plan orthopédique, il reviendra à l'intimé de demander un complément à l'expert orthopédique : - il s'agira, d'une part, de demander à l'expert N_____ de définir clairement et motiver précisément les diagnostics, la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles au vu du dossier et de l'imagerie – notamment au vu des rapports mentionnés au consid. 9.3 – et de l'examen clinique – y compris les douleurs constatées lors de celui-ci – ainsi que, en particulier, d'expliquer clairement le contrôle du critère de la cohérence. Dans le cadre de cette instruction complémentaire, l'intimé veillera à ce que l'IRM cervicale du 26 février 2021, mentionnée par le Dr D_____ dans son rapport du 3 mars

A/1679/2025 - 31/33 - 2021, qui ne figure pas au dossier de la procédure et qui n'a manifestement pas été soumise aux experts du BEM, soit soumise à l'expert N_____ afin que ce dernier se détermine sur l'aggravation (cervicarthrose et dessiccation discale, en particulier) relevée par ce médecin traitant (rapport du Dr D_____ du 3 mars 2021) ; - il s'agira, d'autre part, de solliciter l'avis de l'expert orthopédique sur les documents établis par l'ORIF dans le cadre des mesures d'intégration professionnelle suivies par la recourante, en particulier, les courriels du 28 juin 2018 et du 9 février 2021 ainsi que le rapport du 13 juillet 2018. Conformément à la jurisprudence fédérale, il appartient en effet au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39). S'agissant du plan ORL, il conviendra que l'intimé mette en œuvre un complément, sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG, confiée à un médecin spécialiste ORL, afin de déterminer l'incidence de l'atteinte à l'ouïe sur sa capacité de travail. Il conviendra que cet expert prenne connaissance de l'entier du dossier, y compris les documents établis par l'ORIF dans le cadre des mesures d'intégration professionnelle susmentionnés, et qu'il détermine la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante de manière consensuelle avec les experts psychiatre et orthopédique. La chambre de céans relève par ailleurs que, dans le cadre de la procédure administrative, les médecins du SMR n'ont donné aucun exemple concret d'activité qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Or, la

jurisprudence fédérale prévoit qu'il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39). Il s'agira donc aussi pour l'intimé de déterminer plus exactement, à la suite de l'instruction complémentaire susvisée, le type d'activité adaptée que la recourante serait à même d'exécuter, en se fondant sur des possibilités de travail réalistes. 11. Au vu de ce qui précède, les critiques de la recourante concernant le calcul de la perte de gain, l'éventuel abattement devant être retenu ainsi que l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail, restent, à ce stade, sans objet.

A/1679/2025 - 32/33 - La chambre de céans ne se prononcera donc pas à ce sujet dans le cadre de la présente procédure.

E. 12

En conclusion, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 13

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1679/2025 - 33/33 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.