

GE_GERICHTE A/3796/2023 vom 22. Mai 2025

GE Cour de justice, 2025-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3796_2023

FR: GE_GERICHTE A/3796/2023 du 22 mai 2025

IT: GE_GERICHTE A/3796/2023 del 22 maggio 2025

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 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.

E. 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. 56 et 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le statut à reconnaître à la recourante, sur le taux de la rente d'invalidité à lui octroyer, ainsi que sur son droit au versement d'une rente au-delà du 31 juillet 2021.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente,

conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C _499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

E. 3.2

En l'occurrence, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Dans la mesure où la recourante avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité de sa rente subsistera tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si une modification déterminante du taux d'invalidité se produit après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. Toutefois, cette question peut demeurer en l'occurrence indécise au vu du sort réservé au recours. À toute fin utile, il sera relevé que les bases légales citées ci-dessous n'ont pas subi de changements lors des modifications de la LAI du 19 juin 2020.

E. 4.1

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 133 V 263 consid. 6.1). Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

E. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 4.3.1

Dans un arrêt portant sur les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe

« Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 4.3.2

La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est applicable à toutes les maladies psychiques (cf . ATF 143 V 418) et notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

E. 4.4

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2).

E. 4.4.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

E. 4.4.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarter pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références). Concernant le rapport du SMR, celui-ci 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). 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 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 n° 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). Enfin, les constatations

médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors 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. En revanche, 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. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf . ATF 107 V 17 consid. 2b), 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. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 4.5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances

sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 5

En l'espèce, en juin 2012, la recourante a déposé une première demande de prestations, en invoquant une fibromyalgie et un état dépressif sévère, ainsi qu'une incapacité de travail depuis décembre 2011. Par décision du 29 novembre 2012, non contestée, l'intimé a nié à l'assurée le droit à toute prestation, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année. Le 23 août 2019, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant, cette fois, des douleurs à l'épaule depuis 2017. Par décision du 16 octobre 2023, l'intimé lui a reconnu le droit à une demi-rente du 1^{er} février 2020 au 31 juillet 2021. Se fondant sur le rapport d'expertise du 7 juillet 2022 et sur les avis du SMR des 19 juillet 2022 et 25 avril 2023, l'intimé a admis une incapacité totale de travail dans toute activité à compter de novembre 2018, mais considéré que la recourante avait recouvré une pleine capacité dans une activité adaptée en mai 2021. À l'échéance du délai d'attente, en novembre 2019, l'incapacité de gain était partielle et ouvrait droit à une demi-rente. À partir de mai 2021, l'état de santé de la recourante s'étant amélioré au point de lui permettre d'exercer à 100% une activité adaptée, le degré d'invalidité n'était plus suffisant pour ouvrir droit à une rente, ce qui entraînait l'extinction du droit trois mois plus tard. Il n'est pas contesté par les parties que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé, avec l'apparition de nouvelles atteintes, depuis la décision de refus de prestations du 29 novembre 2012, pas plus que n'est contestée l'incapacité totale de la recourante à exercer son activité habituelle depuis le 1^{er} novembre 2018. Le sont en revanche, le statut reconnu à la recourante – qui affirme que, si sa santé le lui avait permis, elle aurait travaillé à plein temps –, mais aussi sa capacité à exercer une activité adaptée à 100%, plus particulièrement la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise du 7 juillet 2022.

E. 5.1

Il convient par conséquent d'examiner en premier lieu la question de la valeur probante de ladite expertise.

E. 5.1.1

Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 7 juillet 2022 répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, puisqu'il comporte un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, qu'il relaie les plaintes de la recourante, fait état des observations

cliniques et contient une discussion du cas.

E. 5.1.2

Sur le fond, dans une appréciation générale, les experts ont retenu les diagnostics invalidants de syndrome lombo-vertébral chronique avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale dans le cadre d'une discopathie dégénérative au niveau L4-L5 et L5-S1, de chondropathie rotulienne et d'omalgies droites. Les experts ont admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 1^{er} novembre 2018 compte tenu des atteintes rhumatologiques et orthopédiques. En revanche, ils ont considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à compter du 23 décembre 2020. Plus précisément, les experts ont expliqué que, d'un point de vue rhumatologique et de médecine interne, la capacité à exercer une activité adaptée avait toujours été de 100%. Du point de vue psychiatrique, elle était de 100% depuis le 1^{er} août 2012. Cela étant, du point de vue orthopédique, elle avait été nulle du 1^{er} novembre 2018 au 23 décembre 2020. Ils ont ensuite énuméré les différentes limitations fonctionnelles retenues sur les plans rhumatologique et orthopédique.

E. 5.1.3

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise comporte des lacunes et des ambiguïtés quant au fond.

E. 5.1.3.1

En premier lieu, force est de constater que la problématique de la fibromyalgie n'a pas été instruite. En effet, l'expert rhumatologue, qui a confirmé le diagnostic de fibromyalgie (avec un score de Wolfe à 24/31), s'est contenté de la qualifier de non invalidante, sans fournir de plus amples explications (cf . rapport d'expertise, p. 75) et ce, alors qu'il était tenu de se prononcer de manière circonstanciée sur la question. L'expertise avait précisément pour objet de clarifier la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, suite au rapport du 27 octobre 2021 du Dr D_____, concluant à une fibromyalgie invalidante, un état dépressif et un déconditionnement physique. Il convient de souligner que, dans le cadre de son examen clinique, l'expert rhumatologue a pourtant évalué la fibromyalgie à un niveau de sévérité de 8 sur 12, ce qui laisse supposer une certaine intensité de symptômes. Dans ces conditions, une explication quant au caractère non invalidant retenu s'avérait d'autant plus indispensable. L'expert rhumatologue n'a pas non plus discuté les symptômes pourtant retenus dans le cadre de l'entretien clinique et l'anamnèse, à savoir l'importante fatigue et les troubles de la concentration et de la mémoire (cf . rapport d'expertise p. 65). Par conséquent, l'expertise rhumatologique ne permet pas de comprendre pourquoi l'expert a jugé que la fibromyalgie ne s'exprimait pas de manière suffisamment intense pour justifier une incapacité de travail. La question de l'incidence de la fibromyalgie sur la capacité de travail n'a pas non plus été discutée par l'expert psychiatre. Il est pourtant rappelé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2022 du 20 juin 2023 consid. 5.1). Or, l'expert psychiatre n'a nullement pris en considération cette atteinte, et n'a, a fortiori , pas évalué son éventuel caractère invalidant à l'aune des indicateurs définis par la jurisprudence. L'atteinte n'a pas non plus été examinée à titre de comorbidité. Il ressort du rapport de l'expert psychiatre qu'il n'a pas non plus pris en considération le symptôme de

fatigue rapporté par la recourante. Il n'apparaît pas non plus que les experts rhumatologue et psychiatre aient procédé à une analyse concertée de l'éventuel caractère invalidant de la fibromyalgie, alors qu'une telle démarche aurait été souhaitable. Enfin, contrairement à ce qu'indique l'intimé, les médecins traitants de la recourante ne sont pas positionnés de la même manière que l'expert rhumatologue. On en veut pour démonstration le fait que le Dr D_____ a qualifié la fibromyalgie d'invalidante dans son rapport du 27 octobre 2021. Il ressort de ce qui précède que le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie n'a pas du tout été examiné dans le cadre de l'expertise, ce qui constitue une lacune manifeste.

E. 5.1.3.2

D'autres conclusions de l'expertise manquent de clarté ou de motivation. Ainsi, l'expert rhumatologue, à l'issue de l'examen clinique, mentionne différents diagnostics sans toutefois les reprendre ou les discuter dans son rapport. A la suite de l'examen du rachis, l'expert a conclu à des cervicalgies, des dorsalgies, un syndrome de dysbalance musculaire avec syndrome lombo-vertébral sur discopathies dégénératives. Suite à l'examen du bassin, il a retenu le diagnostic de myogélose de la musculature fessière bilatérale. Après examen des membres supérieurs, il a diagnostiqué, à droite, une probable bursite sous-acromiale résiduelle, une suspicion de capsulite rétractile et une myogélose de la musculature du trapèze, et, à gauche, une myogélose de la musculature du trapèze. À l'examen des coudes, l'expert a noté des épicondylalgies et épitrochléalgies. Après examen des genoux, il a diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire à droite. Enfin, après une recherche des points fibromyalgiques, il a conclu à une fibromyalgie. Mais en définitive, sans donner d'explication, l'expert n'a retenu qu'un syndrome lombo-vertébral chronique avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale dans le cadre d'une discopathie dégénérative au niveau L4-L5 et L5-S1 et une chondropathie rotulienne au titre d'atteintes ayant une incidence sur la capacité de travail. Les autres atteintes observées n'ont fait l'objet d'aucune discussion et l'expert n'a aucunement motivé les raisons qui l'ont conduit à ne retenir en définitive que deux diagnostics invalidants. Cette absence d'explications entre les constatations cliniques et les conclusions diagnostiques rend le rapport peu clair et soulève des doutes importants quant à la portée exacte de l'évaluation médicale.

E. 5.1.4

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en raison des lacunes et incohérences relevées dans les volets rhumatologique et psychiatrique, notamment, l'expertise du SMEX du 7 juillet 2022 ne permet pas de déterminer précisément la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'elle ne peut pas se voir reconnaître pleine valeur probante.

E. 5.2

En ce qui concerne les rapports du SMR, il convient de rappeler que des exigences strictes doivent être posées en matière de preuve.

E. 5.2.1

Les conclusions du rapport du SMR 19 juillet 2022, en tant qu'elles reprennent presque entièrement celles de l'expertise du 7 juillet 2022 dont la valeur probante n'est pas reconnue, ne sauraient être suivies.

E. 5.2.2

Le 25 avril 2023, le SMR s'est prononcé sur le rapport du Dr Q_____ du 27 mars 2023, le psychiatre traitant de la recourante depuis le 11 janvier 2023, concluant à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et à une fibromyalgie (M79.7) ainsi qu'une « inefficacité de 80% » dans une activité adaptée. Le Dr Q_____ indiquait notamment qu'en lien avec la fibromyalgie, la recourante se plaignait de fatigue, de douleurs musculaires migrantes et de douleurs du rachis ; elle évoquait aussi des symptômes cognitifs. Le SMR a considéré que la fatigue subjective ressentie était principalement inhérente à la fibromyalgie, laquelle avait fait l'objet d'une évaluation par les experts du SMEX. Or, tel n'est pas le cas, comme on l'a vu plus haut. Ensuite, en retenant que la fatigue subjective ressentie par la recourante serait principalement inhérente à la fibromyalgie, le SMR justifie les doutes quant au caractère non invalidant de celle-ci, puisque cela n'a fait l'objet d'aucune discussion dans l'expertise.

E. 5.2.3

Partant, les avis du SMR se révèlent dénués de force probante.

E. 5.3

Eu égard de ce qui précède, l'intimé ne pouvait se fonder sur l'expertise du 7 juillet 2022 et les avis du SMR des 19 juillet 2022 et 25 avril 2023 pour retenir une capacité de la recourante à exercer à 100% une activité adaptée dès mai 2021. Compte tenu des imprécisions qui subsistent sur le plan médical, l'instruction du dossier par l'intimé se révèle lacunaire. Une instruction complémentaire s'avérant nécessaire, la cause est renvoyée à l'intimé pour ce faire. Il lui incombera de recueillir toutes les pièces utiles auprès des médecins traitants, notamment rhumatologue et psychiatre traitants avant de procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et orthopédique) en veillant à ce que les experts se prononcent en particulier sur le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie en appliquant les indicateurs jurisprudentiels. Il reviendra également à l'intimé, dans le cadre de cette instruction, de soumettre le rapport des EPI du 15 février 2023 aux experts afin qu'ils prennent position sur ses conclusions, étant rappelé que ledit rapport faisait état, notamment d'une importante fragilité psychologique. Postérieur au rapport d'expertise du 7 juillet 2022, il mentionnait des symptômes rapidement niés par l'expert psychiatre, tels que la difficulté de l'assurée à maintenir une attention/concentration adéquate, sa mémoire lacunaire et sa fragilité psychologique.

E. 5.4

À ce stade de la procédure, l'examen des critiques de la recourante quant à son statut se révèle prématuré.

E. 6

En conséquence, 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. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (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 en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). *** 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.