

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1876/2024

ATAS/80/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 février 2025**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me David METZGER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,  
juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1969, célibataire, de nationalité marocaine, titulaire d'une autorisation de travailler B, entrée en Suisse en 1996, a exercé une activité de femme de ménage de 1997 à 2018. De juillet 2022 à juin 2024, elle a travaillé à un taux de 30% dans l'entreprise de son frère, comme secrétaire.
- b.** Le 17 août 2021, l'assurée a été opérée d'une hernie discale L3-L5 et le 30 septembre 2021, elle a été opérée d'une ténosynovite sténosante D3 et D4 main droite. En raison de récurrence des douleurs, elle a bénéficié d'une infiltration épidurale bilatérale (L4-L5) le 30 juillet 2022. Le 10 février 2023, elle a été opérée d'un syndrome canal carpien à droite.
- B.** **a.** Le 6 décembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- b.** Le 31 mars 2023, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué un suivi depuis octobre 2022, des diagnostics de lombosciatalgie droite, de syndrome douloureux chronique, de syndrome cervico brachial, d'anxiété - crise de panique, de plusieurs infiltrations épidurales, d'un syndrome canal carpien droit et de symptômes de douleurs lombaires avec blocage, douleurs aux mains avec fourmillements, anxiété et troubles du sommeil. Il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail.
- c.** Le 14 avril 2023, la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué un suivi depuis 2019, une incapacité de travail totale, un diagnostic de lombosciatalgies chroniques avec syndrome vertébral persistant, post-opératoire. L'assurée pouvait travailler à un taux de 50%, dans une activité plutôt assise (à évaluer). Une mesure de réadaptation pouvait être tentée.
- d.** Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a effectué un examen clinique rhumatologique et psychiatrique (docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et rhumatologie) de l'assurée le 28 août 2023 et rendu son rapport le 29 septembre 2023. Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, persistantes après une cure de hernie discale L4-L5, dans un contexte de troubles dégénératifs articulaires postérieurs, de protrusions L3-L4, L5-S1 et sans répercussion sur la capacité de travail de *status* postcure d'un syndrome du tunnel carpien droit et de doigts à ressaut sur les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> rayons droits, de fibromyalgie, de dysthymie et de phobie spécifique des espaces restreints clos.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position statique assise ou debout au-delà de 45 minutes, pas

de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche à s'arrêter au-delà du kilomètre et pas de port de charges de plus de 5 kg.

La capacité de travail était nulle comme femme de ménage / employée polyvalente de maison et totale dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire, depuis le 30 juin 2022.

**e.** Le 21 novembre 2023, l'assurée a été opérée d'un hallux valgus du côté droit.

**f.** Le 9 février 2024, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a fixé le degré d'invalidité de l'assurée, lequel était nul en 2022 et de 3,83% en 2024, année où une déduction de 10% était appliquée sur le revenu d'invalidité.

**g.** Par projet de décision du 16 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**h.** Le 6 mars 2024, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en faisant valoir qu'elle avait subi plusieurs opérations et était incapable de travailler.

**i.** Le 15 mars 2024, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'un état d'anxiété dépressif, de crise de panique, de douleur du poignet droit sur canal carpien, de syndrome douloureux chronique, de lombosciatalgie droite sur hernie discale L5-S1 et de plusieurs infiltrations épidurales.

**j.** Le 17 avril 2024, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté d'une fibromyalgie.

**k.** Le 29 avril 2024, le SMR a estimé que les interventions chirurgicales aux pieds justifiaient des incapacités de travail non durables et a maintenu son précédent avis.

**l.** Par décision du 2 mai 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**C. a.** Le 31 mai 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2023. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise du SMR du 29 septembre 2023, en relevant que le Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas compétent. Elle a requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique. Elle a communiqué un avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 22 mai 2024, reprenant la teneur de celui du 15 mars 2024, et un avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 29 mai 2024, attestant d'un tableau de fibromyalgie, syndrome douloureux chronique, de consultations les 13 novembre 2023, 24 avril et 6 mai 2024 et d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

**b.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2024, le SMR a estimé que les avis des Drs B\_\_\_\_\_ du 22 mai 2024 et F\_\_\_\_\_ du 29 mai 2024 ne modifiaient pas son appréciation.

**c.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du SMR était probante et que l'incapacité de travail de 50% mentionnée par les médecins traitants n'était pas motivée.

**d.** Le 29 juillet 2024, la recourante a répliqué, en persistant dans sa demande d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

**e.** Le 2 septembre 2024, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré qu'elle était totalement incapable de travailler, en raison de multiples douleurs. Elle avait débuté un suivi chez le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et sollicité un rapport de sa part.

**f.** À la demande de la chambre de céans, les Drs C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont donné des renseignements complémentaires.

Le 27 août 2024, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué un suivi de 2019 à octobre 2023, des diagnostics de lombalgies chroniques à caractère mécanique, persistantes après l'opération d'une hernie discale L4-L5 (avec atteinte du nerf sciatique) et s'étendant sur tout le rachis ; apparition de douleurs diffuses aussi touchant le système ostéoarticulaire périphérique, sans évidence d'une pathologie inflammatoire sous-jacente, évoquant un syndrome douloureux chronique. Une reprise d'activité était à essayer à un taux de 50%, pour permettre un recyclage professionnel.

Le 6 septembre 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué des consultations les 10 octobre 2023, 13 novembre 2023 et 6 mai 2024 et un diagnostic de fibromyalgie. Il était d'accord avec l'expertise rhumatologique du SMR, mais la capacité de travail devait être de 80%, soit une baisse de rendement de 20% justifiée par des pauses supplémentaires en raison de la fibromyalgie.

**g.** Le 13 septembre 2024, la recourante a produit un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2024, selon lequel il traitait la recourante depuis le 15 mai 2024. Celle-ci présentait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de douleur somatoforme chronique, de fibromyalgie et de trouble de la personnalité dépendante. Une activité tenant compte des limitations physiques et psychiques, dans un environnement de travail stable et prévisible, pourrait être bénéfique.

**h.** Le 8 octobre 2024, l'intimé s'est rallié à un avis du SMR du même jour, selon lequel celui-ci maintenait son appréciation du 28 août 2023.

**i.** À la demande de la chambre de céans, le Dr G\_\_\_\_\_ a donné des précisions le 17 décembre 2024. Les limitations fonctionnelles de la recourante étaient une incapacité à prendre des initiatives sans le soutien et l'approbation des autres, une fatigue généralisée, une humeur persistante basse, une perte d'intérêt et une diminution de l'énergie. Par ailleurs, elle présentait un trouble du comportement alimentaire. Un taux de travail partiel à 50% serait préférable pour débiter.

**j.** Le 7 janvier 2025, la recourante a à nouveau requis une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique, dès lors que les avis des médecins traitants

faisaient douter du rapport du SMR. Compte tenu d'une capacité de travail de 50%, tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique, sa capacité de travail globale était nulle, vu les interactions des diverses atteintes.

**k.** Le 15 janvier 2025, le SMR a maintenu ses conclusions, en relevant que le Dr G\_\_\_\_\_ estimait, d'une part, que l'atteinte était ancienne, d'autre part, que la recourante était déconditionnée alors qu'elle avait pu travailler auparavant et que le déconditionnement n'était pas un facteur limitant à prendre en compte.

**l.** Le 21 janvier 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2023, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 6 décembre

2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.2** 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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).

**3.3** 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).

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 (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**3.4** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**3.4.1** 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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

**3.4.2** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], *ad* art. 49 al. 1<sup>bis</sup> p. 60).

S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 738/05 du 1<sup>er</sup> mars 2007 consid. 5.2, in SVR IV 33 n° 117 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.2 et l'arrêt cité ; 8C\_697/2023 précité consid. 3.3.2).

**3.4.3** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**3.4.4** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;



arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV 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 distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

**3.4.5** Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

**3.5** 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**3.6** 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 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

**3.7** 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% (cf. al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**3.7.1** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**3.7.2** L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a); des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

**3.7.3** La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux

d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

**3.7.4** S'agissant du revenu d'invalidé, selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Dans un arrêt de principe (8C\_823/2023 du 8 juillet 2024, destiné à la publication), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (*cf.* consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (*cf.* art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6).

Selon cette jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de

---

l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

4. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé, pour rendre la décision litigieuse, sur l'expertise bidisciplinaire du SMR du 29 septembre 2023, laquelle conclut à une capacité de travail nulle de la recourante dans l'activité de femme de ménage / employée polyvalente de maison depuis le 29 avril 2021 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 30 juin 2022 (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position statique assise ou debout au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche à s'arrêter au-delà du kilomètre et pas de port de charges de plus de 5 kg).

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du SMR et requiert une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique, en faisant valoir l'avis de ses médecins traitants, les Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

4.1 Préalablement, il convient de constater que le rapport du SMR du 29 septembre 2023 répond aux exigences d'une expertise médicale et est donc comparable à une expertise médicale externe.

Comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes et de la vie quotidienne de la recourante, des diagnostics clairs, un *status*, des limitations fonctionnelles et une appréciation consensuelle convaincante de la capacité de travail de la recourante, le rapport du SMR du 29 septembre 2023 répond aux requis juridiques précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, les éléments avancés par la recourante et ses griefs de violation de l'art. 44 LPGA sont mal fondés. En effet, l'art. 44 LPGA (« Expertise »), qui prévoit notamment un enregistrement sonore des entretiens (al. 6), ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR comme celui pratiqué par le Dr D\_\_\_\_\_, médecin exerçant précisément pour le compte du SMR. Un tel examen est soumis aux exigences de l'art. 49 al. 2 RAI, aux termes duquel les SMR peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit. Quant au fait que le Dr D\_\_\_\_\_ ne serait pas certifié en médecine d'assurance suisse, il ne permet pas en soi de remettre en cause ses conclusions, alors qu'il s'agit d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, comme cela ressort du rapport d'examen (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_697/2023 précité consid. 3.2.2).

En outre, l'expert psychiatre a procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels, en évaluant en particulier les ressources de la recourante, la cohérence, les éventuels troubles de la personnalité et le traitement suivi (expertise du SMR pp. 16-17), de sorte que, contrairement à l'avis de la recourante, il convient d'admettre que son expertise répond aux exigences d'une évaluation psychiatrique. Dans la mesure où l'expert D\_\_\_\_\_ n'a retenu qu'une dysthymie dans son examen clinique, sans signe de gravité lors de l'exploration de la thymie, il n'y a pas lieu d'admettre que des tests psychologiques concernant la dépression et l'anxiété auraient été nécessaires, étant relevé que de tels tests (auto-appréciation, appréciation par un tiers, questionnaire, entretiens plus ou moins structurés) ne sont indiqués que si la symptomatologie le requiert ou en présence d'indications fondées et que l'examen clinique et l'évaluation de la cohérence et de la validité restent la base sur laquelle on peut apprécier la plausibilité des résultats obtenus au moyen des tests psychodiagnostiques (lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la société suisse de psychiatrie et psychothérapie du 16 juin 2016, pp. 11 et 20).

**4.1.1** La recourante estime que les experts du SMR ont surévalué ses capacités fonctionnelles, en manquant d'objectivité. À cet égard, il y a lieu de relever que les médecins traitants de la recourante ont tous attesté d'une capacité de travail de celle-ci, même si elle est partielle, ce qui va dans le sens d'une potentielle capacité à effectuer un certain nombre de tâches. Cependant, l'appréciation des médecins traitants quant aux capacités fonctionnelles de la recourante, analysée ci-après (consid. 4.2.1), n'emporte pas la conviction.

**4.1.2** Enfin, la teneur générale du dossier médical de la recourante, critère pertinent selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_697/2023 précité, comprenant les avis de ses médecins traitants, ne permet pas, comme exposé ci-après, de douter des conclusions du rapport du SMR, de telle sorte que l'ordonnance d'une expertise administrative externe n'est pas nécessaire.

## **4.2**

**4.2.1** Du point de vue somatique, la Dre C\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 juin 2024, pose des diagnostics qui sont déjà pris en compte par l'expert E\_\_\_\_\_. Elle estime qu'une activité à un taux de 50% au moins est exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle n'explique toutefois pas pour quelles raisons une activité adaptée ne serait pas exigible à un taux supérieur à celui de 50%, étant relevé que ce taux pourrait, selon elle, être supérieur puisqu'elle précise qu'il est de « 50% au moins ». Son avis n'est pas à même de faire douter de l'appréciation de l'expert E\_\_\_\_\_.

**4.2.2** Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il pose le diagnostic de fibromyalgie, également retenu par l'expert E\_\_\_\_\_, et estime la capacité de travail exigible de la recourante à un taux de 80% dans une activité adaptée, pour tenir compte d'une

baisse de rendement de 20% en raison de pauses supplémentaires dues à la fatigue.

Or, même si l'on devait admettre que la fatigue est objectivée et limite les capacités fonctionnelles de la recourante dans le sens admis par le Dr F\_\_\_\_\_, ce que l'expert D\_\_\_\_\_ a exclu, le degré d'invalidité résultant d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée n'ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité, comme il sera exposé ci-après (consid. 4.4).

**4.2.3** Du point de vue psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et trouble de la personnalité dépendante, non retenus par l'expert D\_\_\_\_\_, lequel a attesté d'une dysthymie et de phobie spécifique des espaces restreints clos.

Le Dr G\_\_\_\_\_ estime que l'atteinte psychique de la recourante existe depuis longtemps. Il évoque des événements douloureux à l'âge de 17 ans, ayant généré un trouble de la personnalité dépendante, une personnalité acquise au début de l'âge adulte, une dimension chronique des difficultés psychologiques, des troubles du sommeil chroniques depuis 1996 et une dépression récurrente présente dès le décès du père (2011). Il relève que les limitations fonctionnelles sont présentes de longue date.

Comme souligné par l'intimé, la recourante, qui a indiqué avoir travaillé jusqu'en 2018 (expertise du SMR p. 4 et procès-verbal de l'audience du 2 septembre 2024), présentait déjà les limitations fonctionnelles évoquées par son psychiatre traitant, de sorte que la capacité de travail de 50% fixée actuellement selon ces mêmes limitations fonctionnelles par ce médecin (rapport du 17 décembre 2024) n'est pas suffisamment motivée pour faire douter de l'appréciation de l'expert D\_\_\_\_\_.

**4.2.4** Enfin, le Dr B\_\_\_\_\_ s'est limité, dans ses avis des 15 mars et 22 mai 2024, à mentionner plusieurs diagnostics, tant psychiatriques que somatiques, sans indiquer de limitations fonctionnelles ni évaluer la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'ils ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du SMR.

**4.3** Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise du SMR peuvent être suivies et la recourante doit être reconnue totalement incapable de travailler dans son ancienne activité depuis le 29 avril 2021 (expertise du SMR p. 18) et capable de travailler à un taux de 100% dès le 30 juin 2022.

**4.4** Vu l'incapacité de travail totale admise par l'intimé du 29 avril 2021 au 29 juin 2022, la recourante aurait en principe droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 30 septembre 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 6 décembre 2022, le droit à une éventuelle rente d'invalidité ne peut naître qu'au plus tôt le 1<sup>er</sup> juin 2023, date à laquelle le droit à la rente entière d'invalidité n'existe plus.

Enfin, même si l'on devait reconnaître à la recourante une diminution de rendement de 20%, comme attestée par le Dr F\_\_\_\_\_, son degré d'invalidité serait, en 2022, de :

$$\frac{\text{CHF } 50'741 - \text{CHF } 39'039}{\text{CHF } 50'741} = 23\%$$

Ce taux est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, étant relevé que les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé ne sont pas contestés et qu'en application de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 précité, il se justifie d'appliquer un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, également pour l'année 2022.

**4.5** Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Vu le sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante 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 :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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