



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4056/2022

ATAS/93/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 février 2024

Chambre 9

En la cause

A _____,
représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, ressortissante suisse et française, originaire du Cambodge, est séparée de son époux depuis le 1^{er} mai 2020 et mère de trois enfants nés en 1994, 1996 et 2002.
 - b.** Dès le 14 février 2014, l'assurée a travaillé à 90% au service de la société B_____ SA (ci-après : l'employeuse) en tant qu'agente de sécurité. Le 11 mai 2015, elle a obtenu un brevet professionnel en sécurité et surveillance délivré par l'École professionnelle suisse de sécurité (SBSS).
 - c.** Le 2 mai 2018, l'assurée a subi un accident de travail. Alors qu'elle faisait sa ronde dans le cadre de son emploi d'agente de sécurité, l'intéressée a dû sauter d'une terrasse du 1^{er} étage et s'est blessée en se réceptionnant sur les pieds.
 - d.** Elle a été en incapacité de travail à compter du 2 mai 2018 et a été licenciée par son employeuse au 30 septembre 2019.
 - e.** Selon une lettre de transfert établie le 22 mai 2018 par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée a été hospitalisée au sein du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) le 3 mai 2018 en raison de fractures des deux calcanéums et du rachis. Elle a bénéficié d'une intervention chirurgicale du dos (fractures du rachis) le 4 mai 2018 et a été transférée à l'Hôpital de Beau-Séjour le 9 mai 2018 pour la réhabilitation à la marche.
 - f.** Dans une lettre de sortie du 13 août 2018, la docteure D_____, médecin adjointe auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a retenu le diagnostic principal de fracture L1-L2 de type B2 avec composante A1 de L2 traitée par spondylodèse L1-L3 par USS fracture mini-invasive, une fracture du calcanéum à gauche, une fracture calcanéum à droite et une subluxation de l'articulation calcanéocuboïde à droite. L'assurée pouvait marcher 250 mètres à l'intérieur avec deux cannes anglaises et ses deux orthèses, ainsi que 200 mètres à l'extérieur. Elle pouvait aussi monter et descendre 36 marches d'escalier et était autonome dans les activités de la vie quotidienne.
- B.**
- a.** Par formulaire reçu le 11 septembre 2018 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
 - b.** Selon un rapport du 28 septembre 2018 établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin traitant de l'assurée, cette dernière ne pouvait pas marcher avec des cannes anglaises. Elle se déplaçait en fauteuil et présentait des douleurs lombaires et de la jambe droite. Le pronostic sur la capacité de travail était bon, mais la situation devrait être réévaluée dans quatre mois.

c. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 7 novembre au 20 décembre 2018.

d. Dans un rapport du 3 janvier 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation à la CRR, a retenu le diagnostic supplémentaire de lésion focale, axono-myélinique du nerf péronier commun droit au col du péroné, en amélioration à l'électroneuromyographie (ENMG) du 23 novembre 2018. Le spécialiste a en outre précisé que, sur le plan orthopédique, il retenait le diagnostic de signes dégénératifs cervicaux bas. Sur le plan psychiatrique, aucune psycho-pathologie n'était retenue et, sur le plan neurologique, l'évaluation par ENMG avait objectivé une amélioration de la fonction et une réinervation concernant la neuropathie péronière droite. Les plaintes de l'assurée et ses limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Toutefois, des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'intéressée, notamment une perception de handicap fonctionnel majeur associée à une focalisation sur les douleurs. Une évolution subjective et objective était favorable avec une nette amélioration de la marche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable à long terme si l'évolution continuait dans ce sens. Une pleine capacité était attendue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

e. L'assurée a effectué un second séjour au sein du service de réadaptation de la CRR du 7 mai au 4 juin 2019 pour une rééducation intensive dans le but de reprendre une activité adaptée auprès de son employeuse dès le mois de juillet 2019.

f. Selon un rapport du 17 mai 2019 du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, l'assurée a subi un ENMG de contrôle pour l'évaluation d'une lésion du nerf fibulaire droit au col du péroné. Elle se plaignait de la persistance de douleurs de son pied droit qu'elle décrivait comme diffuses et à topographie changeante avec à la fois des douleurs internes, des sensations de brûlures diffuses concernant l'ensemble du pied remontant en chaussette qui ne répondait pas à une systématisation neurologique tronculaire ou radiculaire. Les douleurs étaient permanentes et s'aggravaient à la marche. Selon le spécialiste, l'ENMG de contrôle était normal et il ne retrouvait plus d'arguments pour une neuropathie tronculaire du nerf fibulaire droit, ce qui témoignait d'une récupération *ad integrum*. Il n'y avait pas d'argument pour une autre atteinte tronculaire du membre inférieur droit, de sorte qu'il n'y avait pas d'explication neurologique périphérique aux plaintes douloureuses et aux troubles sensitifs décrits par l'assurée.

g. Dans un rapport du 19 juin 2019, le Dr F_____ a retenu, sur le plan orthopédique, une dégénérescence discale des trois derniers niveaux lombaires. Sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie n'avait été retenue pendant le séjour. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes

fonctionnelles rapportées par l'intéressée, notamment une kinésiophobie de modérée à élevée, un catastrophisme élevé et une perception de handicap fonctionnel élevé, tout cela associé à une focalisation sur les douleurs. Le spécialiste retenait ainsi une discordance entre la perception du handicap fonctionnel ressenti par l'assurée et sa capacité fonctionnelle objectivée aux différents tests réalisés. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'agente de sécurité était en l'état défavorable au vu des facteurs médicaux et des limitations retenues. Dans une activité adaptée, le pronostic de réinsertion respectant les limitations fonctionnelles était favorable, une pleine capacité dans une telle activité étant attendue.

h. Par décision du 31 juillet 2019, fondée sur le rapport du Dr F_____ du 19 juin 2019, l'assurance-accidents a mis un terme à l'indemnisation de l'assurée au 31 décembre 2019 et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 35% d'un montant de CHF 51'870.-.

i. Par décision du 20 novembre 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès des établissements publics d'orientation (EPI) du 25 novembre 2019 au 1^{er} mars 2020.

j. Il ressort d'un rapport établi par le Dr E_____ le 27 janvier 2020 que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles liées aux douleurs cervicales, lombaires et de la cheville droite, ainsi que des céphalées fréquentes qui étaient augmentées par l'activité de travail ou l'effort physique. Le spécialiste ne retenait toutefois pas de troubles neurologiques. Concernant le genou droit, il y avait encore des douleurs de type paresthésie et électriques le long de la jambe latérale et du pied au niveau dorsal à droite de manière intermittente. L'assurée avait bien récupéré la force au niveau des releveurs du pied et elle pouvait se déplacer sans problème, sans moyen auxiliaire. Quant au potentiel de réadaptation, l'intéressée ne pouvait plus travailler comme agent de sécurité à cause de ses limitations fonctionnelles. Le spécialiste laissait le soin à l'OAI d'évaluer le pronostic sur le potentiel de réadaptation dans une activité adaptée.

k. Dans un rapport du 7 février 2020, la docteure H_____, médecin spécialiste de la douleur SSED, a indiqué que les douleurs de l'assurée avaient les caractères de douleurs neuropathiques : le questionnaire DN4 était positif, l'assurée se plaignant de sensations de brûlures, de décharges électriques, de fourmillements, de picotements et d'engourdissements. Cliniquement, il était retrouvé une hypoesthésie au tact comme à la piqûre dans les territoires douloureux. Ces troubles dysesthésiques et cette hypoesthésie intéressaient l'hémicorps droit, principalement à la face dorsale, mais également la face antérieure du membre inférieur droit jusqu'au pied. Sur le plan asséculoologique, l'intéressée était actuellement en stage, mais la présence de ses douleurs neuropathiques, toujours si invalidantes, rendaient difficile cette mesure. La Dre H_____ a en outre précisé que les rapports mentionnaient une consolidation de l'atteinte du nerf

fibulaire à l'ENMG omettant totalement les douleurs neuropathiques hémi-corporelles, les céphalées et la fatigue. La spécialiste a conclu que les douleurs chroniques post-traumatiques étaient « de caractère franchement neuropathiques » et semblaient avoir été omises des précédents rapports de l'OAI.

l. Le 2 mars 2020, l'assurée a subi une IRM cérébrale. Selon le rapport du même jour du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie à l'Hôpital de la Tour, cette IRM était sans anomalie significative notable. Il y avait, en particulier, une absence de séquelle post-traumatique, une absence de lésions axonales diffuses visibles, ainsi qu'une absence d'AVC ischémique ou hémorragique aigu ou séquellaire.

m. Dans un rapport du 12 mars 2020, la Dre H_____ a indiqué que la prise de PALEXIA avait permis de contenir une partie des douleurs et d'atténuer les sensations de brûlures. L'assurée ressentait encore des douleurs au pied droit, aux deux talons, des lombalgies et des douleurs de l'hémiface, des otalgies droites et des douleurs du membre supérieur droit. Elle exprimait une grande fatigabilité, des difficultés de concentration, des sensations vertigineuses et d'importants troubles du sommeil. Elle était en outre très déprimée, avec un sentiment de dévalorisation qui s'accroissait, car elle ne pouvait assumer comme elle le souhaitait les tâches confiées dans le cadre de son stage. En raison de ce syndrome dépressif, elle avait été adressée au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour évaluation et prise en charge. La Dre H_____ ne pouvait exclure une possible commotion cérébrale et une commotion de la moelle épinière au moment de la chute verticale qui serait passée au second plan, derrière les fractures multiples, mais qui seraient encore responsables d'un « syndrome post commotion cérébrale » avec les différents symptômes habituels, à savoir, une fatigabilité, des difficultés de concentration, ainsi que des troubles du sommeil et de l'humeur.

n. Dans son rapport du 27 mars 2020, la Dre H_____ a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-commotion cérébrale (code S06.0 de la 10^e édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé de 2008 [ci-après : CIM-10]), des douleurs chroniques (code R52.2 CIM-10) et un épisode dépressif sévère (code F32.2 CIM-10). Les restrictions fonctionnelles étaient l'impossibilité de rester assise plus de 3 à 4 heures et de se concentrer. L'assurée présentait par ailleurs une fatigue matinale en raison d'un mauvais sommeil. Elle devait souvent changer de position, était déprimée et, le ménage, ainsi que les soins quotidiens, lui demandaient beaucoup d'efforts. Elle n'avait pas de loisirs. L'intéressée pourrait retrouver ses capacités de mobilisation de ses ressources intellectuelles une fois que les douleurs séquellaires de son accident seraient traitées et que le syndrome dépressif sévère résiduel se soit amélioré. Il était trop tôt pour qu'elle reprenne une activité professionnelle à 100%, alors qu'une activité à 50% lui permettrait de remobiliser

ses ressources progressivement. La spécialiste précisait enfin que l'IRM du 2 mars 2020 serait rediscutée avec les neurologues après la période de COVID-19.

o. Dans un rapport du 30 avril 2020, le Dr J_____ a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel (code F07.2 CIM-10) et un épisode dépressif modéré à sévère, réactionnel (code F32.2 CIM-10) s'étant développé dans le contexte des douleurs chroniques et du stress psychosocial engendrés par l'accident. À titre de limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué une fatigabilité avec troubles de la concentration et de l'attention, une baisse de l'efficacité sur une tâche, une hypersensibilité au stress environnemental avec une apparition de troubles émotionnels (angoisses et pleurs) à bas seuil, ainsi que des vertiges et une sensation de confusion de la pensée avec la fatigue et/ou le stress. L'assurée avait de la difficulté à maintenir une activité avec des exigences physiques, même modérées, sur plusieurs heures d'affilée si elle n'avait pas de possibilité de repos adaptée pour soulager les douleurs. Elle présentait aussi une perte de confiance en ses moyens et un manque d'initiative liés au syndrome dépressif. Concernant la journée-type, elle se limitait aux actes de la vie quotidienne sur un rythme lent, mais régulier. S'agissant des ressources, l'intéressée avait une capacité de volonté, de motivation et de rigueur dirigées vers un but si l'activité était cadrée et comportait un objectif clair, une sociabilité et un intérêt pour son entourage et son environnement, ainsi qu'une responsabilisation et de la fiabilité. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'agente de sécurité et de 50% dans une activité adaptée.

p. Les 8 et 15 juillet 2020, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique effectuée par Madame K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Dans son rapport du 28 juillet 2020, cette dernière a conclu, sur la base des tests administrés, que le bilan neuropsychologique avait mis en évidence un déficit en attention dans les fonctions exécutives associé à un possible déficit en mémoire de travail. Sur le plan clinique, l'intéressée était fragile émotionnellement, pleurant à de nombreuses reprises et ne répondant pas toujours à la question posée, ce qui rendait parfois ses propos confus. Ces différents troubles étaient en partie compatibles avec les séquelles de son traumatisme médullo-crânien, en lien avec la chute du 2 mai 2018, et avec syndrome post-commotionnel. Cependant, d'autres facteurs participaient au tableau, à savoir son état psychologique très marqué par une fragilité de l'humeur, une angoisse permanente, des formes d'hallucinations visuelles, des cauchemars et des reviviscences de sa chute. Enfin, quelques incohérences apparaissaient dans les épreuves qui ne s'expliquaient pas. En l'état, la capacité de travail était réduite, tant sur le plan du rendement, que du taux ou de ses capacités, tout cela en lien avec les troubles cognitifs et émotionnels.

q. Selon un rapport de synthèse des EPI du 12 août 2020, les trois stages effectués par l'assurée avaient démontré que ses capacités physiques étaient très faibles (rythme très lent, fatigabilité importante, polyvalence restreinte, etc.) et que le

poste de travail devait être adapté de telle manière (horaire, isolation du bruit, alternance, port de charge, etc.) qu'il serait impossible de trouver un poste similaire dans le marché ordinaire. En outre, les capacités d'apprentissage de l'intéressée étaient très limitées. Quant au rendement, il variait entre 30% et 50% sur un mi-temps, en fonction des jours.

r. Dans un avis médical du 19 octobre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) de l'OAI a retenu, au vu des conclusions identiques de tous les médecins, y compris celles de l'évaluation effectuée lors du dernier séjour à la CRR, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Il y avait toutefois une discordance concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, le psychiatre traitant estimant celle-ci à 50%, le médecin traitant à 0% et le médecin de la SUVA à 100%. La réalisation d'une expertise pluridisciplinaire était donc nécessaire.

C. a. Par communication du 21 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise pluridisciplinaire (médecine générale/interne, psychiatrie, orthopédie, neurologie et neuropsychologie) serait effectuée.

b. Dans un rapport du 2 septembre 2021, la Dre H_____ a retenu le status de douleurs hémicorporelles droites post traumatiques et de troubles de l'adaptation dans les suites d'un accident avec probable commotion de la moelle épinière. Le diagnostic n'avait pas changé depuis février 2020. L'activité professionnelle paraissait difficile en raison d'une gêne à la station debout (celle-ci étant difficile au-delà de 30 minutes), de troubles de la concentration, de douleurs résiduelles intermittentes, ainsi que de troubles de l'humeur et de l'adaptation. La spécialiste a relevé qu'aucun examen complémentaire ne permettrait de quantifier le trouble de l'humeur et que les commotions médullaires, comme les commotions cérébrales, ne laissaient pas de signe visible à l'IRM, mais que celles-ci étaient parfois responsables de séquelles à type de douleurs neuropathiques invalidantes.

c. Selon un rapport du Dr E_____ du 13 septembre 2021, l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable, sans amélioration par rapport au dernier rapport du 27 janvier 2020. Il était d'avis qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

d. Dans son rapport du 29 septembre 2021, le Dr J_____ a indiqué que l'assurée présentait toujours des troubles relatifs aux diagnostics principaux de syndrome post-commotionnel (code F07.2 CIM-10) et d'épisode dépressif modéré à sévère, réactionnel (code F32.2 CIM-10). Par ailleurs, des symptômes relatifs au stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10) de l'accident étaient plus apparents (cauchemars, réminiscences, blocages anxieux situationnels) et pouvaient encore fluctuer. Ils devaient être considérés en parallèle au syndrome dépressif dominant, au moins comme facteur aggravant. Concernant la capacité de travail, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (limitation dans l'endurance et le

rendement pour les activités moyennement exigeantes sur le plan cognitif, difficulté d'organisation, limitations dans les activités physiques et besoin fréquent de se reposer/s'allonger) était envisageable à moyen terme, à un taux entre 30% et 50% et seulement si une partie du stress psychosocial se résolvait.

e. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2022 établi par l'Unité d'expertises médicales du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne – UNISANTÉ (ci-après : UNISANTÉ), les docteurs L_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, M_____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, N_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et O_____, médecin spécialiste FMH en neurologie, ainsi que Madame P_____, neuropsychologue FSP, ont conclu que l'assurée souffrait de lombalgies persistantes (code M54.5 CIM-10), de fractures intra-articulaires plurifragmentaires de deux calcaneums traitées conservativement (code M79.6 CIM-10) et d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (code F68.0 CIM-10). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée ou de descente d'escaliers de manière répétée, pas de longs déplacements à pied, des positions de travail alternées, pas de port de charge excédant 5 kg et pas de mouvement en porte-à-faux du tronc. Du point de vue neurologique, il n'était pas retenu de limitation et, du point de vue psychique, les limitations retenues étaient une diminution modérée des capacités d'adaptation, une diminution de l'accès aux compétences spécifiques et une diminution de l'endurance. L'activité devait donc être simple et répétitive. L'activité habituelle d'agente de sécurité n'était plus adaptée de manière définitive. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis septembre 2019.

f. Par rapport du 26 janvier 2022, le SMR a indiqué suivre les conclusions de l'expertise, dont le rapport remplissait les exigences de valeur probante.

D. a. Le 8 mars 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente entière limitée du 1^{er} mai au 31 décembre 2019. L'OAI était d'avis que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 100% dès le 1^{er} septembre 2019, de sorte que la rente était supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 31 décembre 2019.

b. Par courrier du 15 avril 2022, reçu par l'OAI le 22 avril 2022, l'assurée a contesté ce projet de décision et a produit les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 23 mars 2022 de la Dre H_____ à teneur duquel son état de santé était resté inchangé avec une persistance du syndrome dépressif malgré le traitement administré et le suivi psychothérapeutique. La spécialiste relevait également la persistance des douleurs hémicorporelles droites, de type neuropathiques, associées à une fatigue, des vertiges, des céphalées et des

troubles digestifs pouvant entrer dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique, probablement secondaire à l'accident ;

- un rapport du 1^{er} avril 2022 établi par le docteur Q_____, médecin généraliste FMH, selon lequel l'assurée présentait un syndrome anxio-dépressif important et un héli syndrome algique de l'hémicorps droit depuis son accident de 2018 ;
- un certificat médical du 5 avril 2022 délivré par le Dr J_____ indiquant que l'assurée présentait une évolution défavorable de son état de santé avec d'importantes limitations fonctionnelles persistantes dues à des douleurs chroniques, un status post-polytraumatisme accidentel avec fractures calcanéennes bilatérales, neuropsychologiques et psychiatriques (atteinte thymique majeure), de sorte qu'elle présentait une capacité de travail fortement réduite.

c. Dans un rapport du 20 avril 2022, le docteur R_____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur (SSIPM), a retenu le diagnostic principal de douleur chronique post-traumatique et les diagnostics secondaires suivants : un status après polytraumatisme, un état douloureux chronique (stress post-traumatique) prenant essentiellement l'hémicorps droit, un syndrome dépressif sévère, une discopathie étagée lombaire et une spondylarthropathie cervicale basse.

d. Par rapport du 28 avril 2022, la Dre H_____ a maintenu le diagnostic de syndrome dépressif qui semblait se péjorer malgré le traitement mis en œuvre et a contesté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2022.

e. Dans un avis du 13 mai 2022, le SMR a indiqué que les rapports des Drs Q_____ (rapport du 1^{er} avril 2022), H_____ (rapport du 23 mars 2022) et J_____ (rapport du 5 avril 2022) n'apportaient pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions de l'expertise du 18 janvier 2022.

f. Par rapport du 5 septembre 2022, la Dre H_____ a indiqué que l'assurée se plaignait de sensations de vertiges, de pertes d'équilibre, de sensations de spasmes et de décharges dans tout l'hémicorps droit, de céphalées, de lombalgies, de fatigue, de difficultés de concentration, d'anxiété et de manque d'élan vital.

g. Selon un rapport du SMR du 14 octobre 2022, les rapports des Drs R_____ du 20 avril 2022 et H_____ du 5 septembre 2022 n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses dernières conclusions.

h. Par décision du 28 octobre 2022, l'OAI a confirmé son projet du 8 mars 2022. S'agissant de la période postérieure au 31 décembre 2019 et après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était fixé à 6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Enfin, un reclassement ne pouvait être mis en place, au motif que la condition de la perte de gain n'était pas remplie.

- E.**
- a.** Par acte du 28 novembre 2022, l'assurée, représentée par une avocate, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des parties, de ses médecins traitants (Drs J_____, H_____, R_____ et Q_____), voire à une audition de confrontation entre ceux-ci et les experts N_____, L_____ et O_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie, neurologie et neuropsychologie. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 1^{er} janvier 2020. En substance, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2022.
 - b.** Dans sa réponse du 3 janvier 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante ne faisait valoir aucun motif susceptible de dénier une valeur probante audit rapport d'expertise. Au surplus, l'intimé a confirmé la motivation de sa décision.
 - c.** Dans sa réplique du 9 février 2023, la recourante a notamment relevé que, s'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, les experts n'avaient discuté que le syndrome post-commotionnel et non les autres diagnostics posés par les médecins traitants. Or, cette manière de faire ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels s'agissant de l'analyse des pathologies psychiatriques psychosomatiques. Par ailleurs, les experts s'étaient fondés sur des éléments anamnestiques inexacts, de sorte que les conclusions qui en étaient tirées étaient dénuées de force probante. Enfin, elle a fait valoir que la décision litigieuse ne tenait pas compte de son atteinte cardiaque diagnostiquée en juillet 2022.
 - d.** Par duplique du 4 avril 2023, l'intimé a indiqué que les nouvelles pièces médicales du 29 septembre 2022 et du 19 décembre 2022 ne lui avaient pas été transmises avant qu'elle ne rende la décision litigieuse. À l'appui de son écriture, l'intimé a produit un avis médical du SMR du 3 avril 2023 sollicitant la production des documents faisant état de l'atteinte cardiaque de la recourante.
 - e.** Par courrier du 8 mai 2023, la recourante a transmis à l'intimé les documents demandés.
 - f.** Le 8 juin 2023, l'intimé a adressé à la chambre de céans l'avis du SMR du 1^{er} juin 2023 à teneur duquel les divers documents médicaux produits par la recourante le 8 mai 2023 n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif affectant la capacité de travail de l'intéressée.
 - g.** Le 21 juin 2023, la recourante a spontanément transmis à la chambre de céans un rapport établi le 31 mai 2023 par le Dr J_____.
 - h.** Le 26 juillet 2023, l'intimé a considéré, sur la base d'un avis du SMR du 13 juillet 2023, que le rapport du Dr J_____ du 31 mai 2023 n'apportait pas de nouvel élément médical objectif.
 - i.** Le 7 août 2023, la chambre de céans a transmis ce courrier et son annexe à la recourante.

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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

1.3 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations, liée à l'accident du 2 mai 2018, a été déposée le 11 septembre 2018 et le délai d'attente d'une année est venu à échéance le 2 mai 2019, de sorte que le droit éventuel à une rente est né avant le 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Par conséquent, les dispositions légales applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2019. Dans ce contexte, se pose en particulier la question de la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire d'UNISANTÉ du 18 janvier 2022.
- 3.** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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. 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 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour

examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

Les dispositions régissant la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA s'appliquent par analogie dans l'octroi rétroactif d'une pension progressive ou temporaire (ATF 133 V 263 consid. 6.1 et les références citées). Dans ce cas, le constat d'une modification déterminante doit intervenir entre les faits existants à la date d'ouverture du droit à la rente et la date de la modification du droit, en application de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.2.2 et les références).

4.

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

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).

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).

4.2 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.

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

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 28 al. 2 LAI).

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'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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).

4.3.1 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73). Le Tribunal fédéral a également 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).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une

exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

4.3.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par

cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante,

mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

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

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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

4.3.3 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), à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (*cancer-related Fatigue*) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

4.3.4 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le

patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

4.3.5 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

4.4 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

4.5 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

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 I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations 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_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). 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 ; arrêts du Tribunal fédéral I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

4.6 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).

4.7 Dans le cadre d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'existence d'un résumé consensuel des sous-expertises est recommandé mais pas indispensable ; chaque sous-expertise faisant partie d'une expertise pluridisciplinaire, y compris l'appréciation d'ensemble, peut être analysée pour elle-même en tant qu'élément de preuve en cas d'incohérence entre une ou plusieurs sous-expertise(s) et le résumé d'ensemble lorsque celui-ci a été réalisé par un seul des experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_54/2021 du 10 juin 2021 consid. 2.2).

4.8 Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

4.9 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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 des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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).

4.10 Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, la recourante conteste en substance toute amélioration de son état de santé dès le 1^{er} septembre 2019 et la limitation de la rente d'invalidité octroyée par l'intimé du 1^{er} mai au 31 décembre 2019.

À titre liminaire, il est relevé qu'il n'est ni contesté, ni contestable qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit en mai 2019, la recourante était dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle, ce qui lui ouvrait droit à une rente AI entière à partir du 1^{er} mai 2019.

Pour rappel, la recourante a effectué un séjour à la CRR du 7 mai au 4 juin 2019 pour une rééducation intensive afin de reprendre une activité adaptée dès le mois de juillet 2019. À l'issue de ce séjour, le Dr F_____ a conclu, dans un rapport du 19 juin 2019, que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (absence de longs déplacements rapides, surtout sur terrain irrégulier, de montées et de descentes rapides et répétitives d'échelles et d'escaliers, ainsi que le port de charges lourdes supérieures à 15-25 kg) était favorable, précisant qu'il s'attendait à une pleine capacité de travail dans une telle activité et qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois. L'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr F_____ susvisé et l'avis du SMR du 19 octobre 2020 pour diligenter une expertise pluridisciplinaire et a, sur cette base, déterminé que l'état de santé de la recourante s'était amélioré dès le 1^{er} septembre 2019 et qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès cette date.

S'il ressort certes de la décision litigieuse que l'intimé s'est fondé sur les rapports médicaux qui lui ont été transmis postérieurement au rapport d'expertise d'UNISANTÉ du 18 janvier 2022, la teneur des écritures des parties indique toutefois que l'élément principal ayant fondé la décision querellée est ce rapport d'expertise.

Il convient donc, en premier lieu, d'examiner la valeur probante de ce rapport, puis de le confronter aux autres éléments médicaux figurant au dossier.

5.2 En l'occurrence, la chambre de céans constate que, sur le plan formel, le rapport d'expertise d'UNISANTÉ répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale et consensuelle du cas. Chacun des experts a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Au terme du colloque de synthèse, ces derniers ont retenu que la recourante souffrait de lombalgies persistantes (code M54.5 CIM-10), de fractures intra-articulaires plurifragmentaires des deux calcanéums traitées conservativement (code M79.6 CIM-10) et d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (code F68.0 CIM-10). Sur cette base, le rapport d'expertise retient que les limitations fonctionnelles sont l'absence de marche en terrain irrégulier, l'absence de montée ou de descente d'escaliers de manière répétée, l'absence de longs déplacements à pied, une position de travail alternée, l'absence de port de charge excédant 5 kg et l'absence de mouvement en porte-à-faux du tronc. Au terme de leur consensus pluridisciplinaire, les experts ont considéré que les diagnostics susmentionnés entraînaient une incapacité de travail complète et définitive dans l'ancienne activité d'agente de sécurité depuis le jour de l'accident, soit le 2 mai 2018. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était entière dès le mois de septembre 2019.

5.2.1 S'agissant du volet orthopédique, l'expert M_____ a indiqué dans son rapport que, lors de l'anamnèse effectuée le jour de l'expertise, la recourante s'était plainte de douleurs lombaires, surtout en région paravertébrale à droite irradiant la fesse droite et à la face postéro-latérale de la cuisse droite, ainsi qu'à la fosse iliaque droite. L'intéressée avait décrit ces douleurs lombaires comme étant de caractère continu, qui diminuaient lorsqu'elle s'allongeait sur le lit et qui augmentaient lors de la station debout de plus d'une heure, lors de la marche à plat pendant plus d'une heure et lorsqu'elle restait assise plus de 5 à 10 minutes, sous forme d'une sensation d'étirement, de brûlure et de décharge électrique. L'expert a toutefois relevé que l'intéressée était parvenue à rester assise une heure tout en se mobilisant dans sa chaise, qu'elle parvenait à marcher lentement à plat durant une heure et que, pour monter et descendre les escaliers, elle ne se sentait pas sûre, de sorte qu'elle devait se tenir à la rampe. Par ailleurs, l'examen clinique des deux pieds montrait étonnamment une très bonne mobilité des articulations sous-astragaliennes. L'expert a en outre fait procéder, dans le cadre de l'expertise, à des radiographies standards de la colonne lombaire et des deux chevilles. Les radiographies du rachis lombaire avaient montré un matériel d'ostéosynthèse en place et une discrète cunéisation de L2. S'agissant des deux chevilles, les radiographies montraient un discret affaissement de l'angle de Böhler à droite. Ces

constatations cliniques et radiologiques ne permettaient pas d'expliquer la persistance et l'intensité des plaintes douloureuses formulées par la recourante. Il a en outre indiqué que des douleurs chroniques étaient à craindre. Quant à l'évaluation de la cohérence, l'expert n'avait pas trouvé de signe d'exagération des symptômes, ni d'autre phénomène similaire. Enfin, sur le plan ostéomusculaire, il n'y avait pas d'argument pour affirmer que la recourante n'était pas en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée sans limitation de rendement. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle l'intéressée puisse alterner la position assise et la position debout, éviter les travaux impliquant de se pencher en avant ou en porte-à-faux, ainsi que le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kg. En outre, en raison des séquelles des fractures des deux calcaneés, elle devait éviter de marcher en terrain irrégulier, ainsi que monter et descendre à répétition des pentes et des escaliers. Les courts déplacements à plat étaient toutefois possibles.

5.2.2 Concernant l'aspect neurologique, le Dr O_____ a relevé que le rapport des urgences du 7 mai 2018 du docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, n'indiquait pas de traumatisme crânien, ni de symptôme neurologique de type perte de force, de troubles sensitifs ou de paresthésies, de sorte qu'objectivement, il n'y avait pas eu de déficit moteur ou sensitif. L'expert a en outre rappelé que, lors du premier séjour à la CRR en novembre 2018, il avait été constaté un pied tombant qui s'était ensuite amélioré et la persistance d'une lésion du nerf péronier droit au col du péroné, à l'exclusion de toute autre anomalie. En particulier, il n'avait été rapporté aucun signe objectivable pour expliquer les troubles sensitifs de l'hémicorps droit. Par la suite, lors du second séjour à la CRR en juin 2019, un second ENMG avait mis en évidence la récupération totale (*ad integrum*) de la lésion du nerf péronier droit au col du péroné. En outre, l'IRM cérébrale effectuée le 2 mars 2020 n'avait fait état d'aucune anomalie et l'évaluation neuropsychologique effectuée en juillet 2020 avait mis en évidence un déficit d'attention, des troubles mnésiques chez l'assurée qui était fragile émotionnellement et qui souffrait de troubles de l'humeur et d'angoisses, étant relevé que des incohérences étaient apparues lors de certaines épreuves. Selon l'expert, après les explorations paracliniques complètes, basées sur deux ENMG et une IRM cérébrale, la recourante présentait un tableau dysfonctionnel caractérisé par une douleur et des paresthésies de l'hémicorps droit qui ne pouvaient être mises sur le compte d'aucun substrat somatique sous-jacent.

S'agissant du diagnostic de syndrome post-commotionnel retenu par les médecins traitants H_____ et J_____, l'expert neurologue l'a écarté, précisant qu'un traumatisme crânien ou médullaire était très peu vraisemblable en l'absence de perte de connaissance immédiate et d'anomalie d'imagerie, ainsi que du fait qu'un tel traumatisme n'avait pas été évoqué par les médecins au cours des deux séjours à la CRR. En outre, l'apparition retardée des symptômes neurologiques (l'hémisynndrome sensitif droit ayant été décrit pour la première fois six mois après

l'accident et les troubles cognitifs, les céphalées et les vertiges ayant été invoqués en 2020 seulement), ainsi que les résultats des tests neuropsychologiques (un déficit de l'attention dans les fonctions exécutives associé à un possible déficit en mémoire de travail, une fragilité émotionnelle et des incohérences) allaient également à l'encontre du diagnostic de traumatisme crânien ou médullaire. Pour ces motifs, il convenait donc d'écarter la suspicion de douleurs neurogènes. Enfin, l'expert n'avait pas eu l'impression d'une majoration bien qu'il s'agisse de façon indiscutable d'un tableau essentiellement fonctionnel. En conclusion, l'assurée était apte à travailler à temps plein dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : l'absence de longs déplacements, de montées et de descentes d'escaliers répétitives et rapides, ainsi que du port de charges lourdes.

5.2.3 S'agissant du volet neuropsychologique, l'experte neuropsychologue a relevé certaines incohérences concernant les plaintes de la recourante. Ainsi, l'assurée attribuait l'ensemble de sa symptomatologie cognitive à son accident de mai 2018 considérant toutefois que le tableau s'aggravait progressivement et formulait notamment des plaintes très importantes concernant sa mémoire. Or, elle parvenait à décrire précisément et à l'aide de termes spécialisés son parcours médical et les examens réalisés. Par ailleurs, l'assurée affirmait avoir des vertiges en tout temps avec une impression de chute constante, nécessitant de bouger le moins possible, mais se disait en pleine capacité de conduire. La spécialiste a fait état de scores fluctuant aux tests effectués par la recourante lors de l'expertise, ce qui fragilisait leur validité et ne permettait pas d'interpréter les scores inférieurs aux normes. Dans ces conditions, l'experte n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

5.2.4 Au plan psychique, le rapport d'expertise de la Dre N_____ contient une motivation détaillée du diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (code F68.0 CIM-10) retenu dans le rapport consensuel. Ce diagnostic est décrit dans la CIM-10 comme des « symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur » (téléchargeable notamment depuis : <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872>).

La chambre de céans relève que l'expert psychiatre a motivé ce diagnostic par l'analyse suivante selon les critères jurisprudentiels requis :

S'agissant du complexe de la personnalité, l'expert psychiatre a constaté que la recourante avait fait preuve d'une bonne capacité d'intégration malgré son enfance au Cambodge où elle n'avait pas été scolarisée avant l'âge de 14 ans. Elle maîtrisait le français, elle avait pu s'intégrer dans un travail et fonder une famille. Il a en outre relevé que la recourante se trouvait dans une situation financière difficile en raison, d'une part, d'un récent déménagement dû à la suppression

d'aides financières et, d'autre part, du fait que son fils n'était pas parvenu à obtenir une bourse pour étudier. Elle trouvait par ailleurs injuste que son mari l'ait quittée.

S'agissant du contexte social, l'expert a indiqué que la recourante maintenait un réseau social et qu'elle allait prochainement accueillir son frère chez elle pour les vacances. Elle avait en outre un réseau d'amis et de proches et utilisait une application sur son téléphone pour pouvoir aller marcher avec d'autres personnes.

Sous l'angle de la cohérence, l'expert a relevé certaines incohérences. Ainsi, la recourante avait formulé des plaintes sur le plan psychiatrique, à savoir qu'elle était déprimée en raison des douleurs qui augmentaient quand elle s'exposait au travail et qui pouvaient devenir si fortes qu'elle n'arrivait même pas à tenir une feuille, des idées suicidaires, des vertiges et un sentiment que son cerveau se déconnectait avec un « sentiment d'étincelle dans le cerveau » comme si cela lui traversait les yeux et générait une fatigue. Ces plaintes étaient toutefois en contradiction avec les constatations de l'expert psychiatre lors de l'entretien qui avait duré deux heures. En effet, la recourante n'avait pas présenté d'agitation, ni de comportement algique (soupirs, grimace, déambulation, changement de positions), son discours était dans l'ensemble cohérent, peu informatif, vague, peu concordant dans les dates et dans l'enchaînement des événements de sa vie. Par ailleurs, elle ne présentait pas de trouble de l'attention, ni de fatigue en fin d'entretien. Sa thymie était neutre, hormis deux passages aux larmes lorsqu'elle avait évoqué ses finances et le départ de son époux. Elle ne présentait pas d'anxiété manifeste durant l'entretien, ni de signes de florides de la lignée psychotique.

S'agissant des ressources, l'expert psychiatre a procédé à l'appréciation de celles-ci en s'appuyant sur le canevas Mini-CIF-APP [outil d'hétéroévaluation utilisé pour mesurer les aptitudes psychiques] et a retenu que les facultés suivantes n'étaient pas entravées : adaptation à des règles et des routines, planification et structuration des tâches (elle arrivait à structurer sa journée), capacité de décision et de jugement (elle était à même de comprendre les liens entre les faits, d'en tirer des conclusions pertinentes et de prendre des décisions appropriées), capacité d'affirmation de soi, de contact et de conversation avec des tiers, d'intégration dans un groupe, de relations privilégiées à deux, de soins personnels (elle prenait soin de son apparence, ses vêtements et son hygiène étaient corrects et elle pratiquait une activité physique dans une mesure appropriée), de déplacement et de circulation (elle était capable de conduire la voiture et de faire ses courses dans les commerces de proximité).

Enfin, s'agissant des comorbidités, la recourante présentait certes des troubles somatiques concomitants, mais il ressortait de l'analyse consensuelle de l'expertise que ceux-ci n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps.

L'expert psychiatre a outre indiqué les raisons pour lesquelles il s'était écarté des diagnostics retenus par les médecins traitants de la recourante. En premier lieu, il

a relevé qu'aucune symptomatologie psychiatrique ni psychopathologique n'avait été retenue à l'issue du premier séjour de la recourante au sein de la CRR du 9 mai au 20 juillet 2018. L'expert psychiatre a aussi relevé qu'à l'issue du second séjour à la CRR en décembre 2018, aucune symptomatologie psychiatrique n'avait été retenue par le Dr F_____, ce dernier ayant en revanche retenu que « des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente, notamment une perception de handicap fonctionnel majeur associée à une focalisation sur les douleurs » (cf. rapport du Dr F_____ du 3 janvier 2019, p. 5). De plus, l'expert a mentionné que le Dr F_____ avait retenu, en juin 2019, une discordance entre la perception du handicap fonctionnel ressenti par l'assurée et sa capacité fonctionnelle objectivée aux différents tests réalisés à la clinique (cf. rapport du Dr F_____ du 19 juin 2019, p. 6).

S'agissant du diagnostic de syndrome post-commotionnel (code F07.2 CIM-10) retenu tant par la Dre H_____ que par le Dr J_____, l'expert psychiatre a rappelé que ce diagnostic avait été posé pour la première fois dans un rapport du Dr J_____ du 30 avril 2020 et que les symptômes liés à ce syndrome (traumatisme crânien avec céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir les tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, diminution de la tolérance au stress, aux émotions ou à l'alcool, sentiment dépressif, anxieux et perte de l'estime de soi) n'avaient été mentionnés dans aucun rapport médical depuis le jour de l'accident en mai 2018 et jusqu'à la fin de l'année 2019. Il ressortait uniquement du rapport de la Dre D_____ du 13 août 2018 que la recourante avait bénéficié d'un soutien psychologique de la part d'une psychologue lors de son hospitalisation en raison d'un trouble de l'adaptation suite à l'accident, avec une thymie fluctuante et de l'anxiété relative au devenir de son état de santé et de sa carrière professionnelle. Or, selon l'expert, ces questionnements étaient normaux dans ce contexte et il ne ressortait pas du dossier que la recourante aurait été examinée par un médecin psychiatre à ce moment-là. Au vu de ces éléments, l'expert psychiatre a retenu que même si le choc initial subi par la recourante dans le cadre de l'accident aurait théoriquement pu causer un syndrome post-commotionnel, le fait que les symptômes susvisés n'aient été mentionnés dans des rapports médicaux qu'à partir de janvier 2020, soit plus d'une année et demie après l'accident, et dans un contexte social difficile (séparation officielle du couple et difficultés financières), il était peu probable que ceux-ci étaient dus à un syndrome post-commotionnel (cf. rapport d'expertise psychiatrique de la Dre N_____ du 6 janvier 2022, p. 9). La chambre de céans relève en outre qu'il n'est aucunement démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante aurait effectivement subi un traumatisme crânien lors de son accident. Au contraire, il ressort expressément de l'anamnèse du rapport d'expertise du médecin interne qu'il n'y avait pas eu de traumatisme crânien lors de l'accident (cf. rapport d'expertise de la Dre L_____ du 18 janvier 2022, p. 10). De même, lors de l'entretien approfondi avec l'expert neurologue, la recourante a rappelé qu'elle avait bien chuté sur les pieds et qu'il

n'y avait pas eu de choc crânien ni de choc du rachis (cf. rapport d'expertise du Dr O_____ du 2 décembre 2021, p. 3).

L'expert psychiatre a en outre écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10) en raison de l'absence de symptomatologie évocatrice dans l'ensemble du dossier avant sa mention dans le rapport du Dr J_____ du 29 septembre 2021 et lors de l'entretien d'expertise avec la Dre L_____, lorsque la recourante a évoqué le bruit du gong de la bande sonore des exercices de relaxation qui lui rappelait le bruit de sa chute (cf. rapport d'expertise de la Dre L_____ du 18 janvier 2022, p. 11). L'expert psychiatre a également rejeté ce diagnostic en invoquant le fait que, selon la CIM-10, « la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble [pouvait] varier de quelques semaines à quelques mois, mais il [était] rare qu'elle dépasse six mois ». Or, l'accident était survenu en mai 2018 et la première mention dudit trouble n'était intervenue qu'en septembre 2021, soit après plus de trois ans.

Quant au diagnostic d'épisode dépressif modéré à sévère, réactionnel (code F32.2 CIM-10) retenu par le Dr J_____, l'expert psychiatre a indiqué qu'à teneur du rapport du psychiatre traitant du 30 avril 2020, le syndrome dépressif s'était développé dans le contexte de douleurs chroniques et du stress psychosocial engendré par l'accident. L'expert a toutefois relevé que, selon l'anamnèse, l'officialisation de la séparation de la recourante avec son mari, soit un événement difficile pour cette dernière, avait eu lieu dans la première partie de l'année 2020. Par conséquent, il semblait, dans ce contexte, « théoriquement probable » que la recourante ait présenté un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, sans toutefois pouvoir exclure que cette dernière ait développé un épisode dépressif à ce moment-là (cf. rapport d'expertise de la Dre N_____ du 6 janvier 2022, p. 10). Il ressortait en outre du rapport du psychiatre traitant du 29 septembre 2021 que « les symptômes dépressifs [s'étaient] péjorés sur la fin 2020 et [demeuraient] modérés à sévères actuellement. L'anxiété [s'était] aggravée en lien avec une incertitude face à l'avenir et une précarisation croissante sur le plan psychosocial [...] ». De plus, l'expert psychiatre a indiqué que, lors de l'entretien d'expertise, l'intéressée ne présentait pas d'agitation, ni de ralentissement psychomoteur ou de comportement algique. Sa thymie était neutre, hormis deux passages aux larmes lorsque l'intéressée parlait du départ de son mari et des problèmes financiers. Elle avait par ailleurs décrit une « dépression » en lien avec ses douleurs, une anxiété en lien avec sa situation financière, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation (elle n'était pas fière de devoir recourir à l'aide de l'hospice), des idées suicidaires (précisant qu'elle ne passerait jamais à l'acte) et une certaine fatigue. En outre, la recourante avait mentionné « une envie de faire quelque chose, notamment du sport et de la marche », pouvoir utiliser ses connaissances des plantes et travailler dans le soin des plantes et faire des massages. S'agissant des activités de la vie quotidienne, elle conduisait sa voiture, faisait les commissions, essayait de marcher régulièrement (elle disait pouvoir marcher une

heure autour de chez elle), faisait de la physiothérapie en piscine et son ménage à son rythme. Elle maintenait par ailleurs un réseau social et allait prochainement accueillir son frère chez elle pour les vacances. À l'aune de ces constatations, il était justifié d'exclure le diagnostic d'épisode dépressif, l'expert relevant par ailleurs que, lors de l'expertise, les éléments de la lignée thymique étaient insuffisants en nombre et en intensité pour retenir un trouble dépressif même d'intensité légère.

5.2.5 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra que c'est de manière dûment motivée que l'expertise d'UNISANTÉ a écarté les diagnostics de syndrome post-commotionnel (code F07.2 CIM-10), d'état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10) et d'épisode dépressif modéré à sévère, réactionnel (code F32.2 CIM-10) retenus par les médecins traitants de la recourante.

5.3 En revanche, s'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (code F45.40 CIM-10) retenu par la Dre H_____ et le Dr J_____, l'expertise indique uniquement que ce diagnostic ne peut être retenu au vu de l'apparition et de l'évolution des douleurs (cf. rapport d'expertise de la Dre N_____ du 6 janvier 2022, p. 10).

5.3.1 Malgré ce défaut de motivation, il apparaît que la teneur des rapports établis par les Drs H_____ et J_____ ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expertise d'UNISANTÉ pour les motifs qui suivent.

En premier lieu, la Dre H_____ a relevé, dans son rapport du 28 avril 2022, que les experts n'avaient pas retenu les douleurs hémicorporelles en raison de l'absence d'objectivité. Or, selon cette spécialiste, le diagnostic de syndrome douloureux chronique était un diagnostic bio-psycho-social et la douleur ne pouvait pas toujours être objectivée par des examens complémentaires conventionnels. Les douleurs neuropathiques en particulier n'étaient pas mises en évidence par l'ENMG et seule une IRM fonctionnelle, non disponible dans le cas d'espèce, pouvait mettre en évidence ces douleurs au niveau cortical. Par ailleurs, les migraines, les céphalées de tension (tels que les vertiges) ne pouvaient être « prouvées » par aucun examen complémentaire alors que ces diagnostics existaient dans la CIM-11 et n'étaient pas remis en question. Si ces explications permettaient certes de comprendre l'avis médical opposé de la Dre H_____ vis-à-vis des conclusions des experts, force est de constater que cette spécialiste n'indique pas quelles seraient les limitations fonctionnelles dues au syndrome douloureux chronique qu'elle retient et qui n'auraient pas été prises en compte par les experts. En l'occurrence, à teneur de l'ensemble des rapports de la Dre H_____ figurant au dossier, il apparaît que les limitations fonctionnelles retenues par cette spécialiste (l'impossibilité de rester assise plus de 3 à 4 heures et de se concentrer, une fatigue matinale [cf. rapport du 27 mars 2020] ; le besoin de changer souvent de position, une station debout limitée à 30 minutes, des troubles de la concentration, des douleurs résiduelles intermittentes, des troubles de

l'humeur et de l'adaptation [cf. rapport du 2 septembre 2021]) sont en réalité compatibles avec celles retenues par l'expertise d'UNISANTÉ, à savoir : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée ou de descente d'escaliers de manière répétée, pas de longs déplacements à pied, des positions de travail alternées, pas de port de charge excédant 5 kg et pas de mouvement en porte-à-faux du tronc, ainsi que, du point de vue psychique, une diminution modérée des capacités d'adaptation, une diminution de l'accès aux compétences spécifiques et une diminution de l'endurance, de sorte que l'activité doit être simple et répétitive.

De la même manière, le Dr J_____ a contesté la teneur du rapport d'expertise dans un rapport du 31 mai 2023, retenant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en raison de l'évolution chronique et la présentation de la symptomatologie algique de la recourante, ainsi que de la réponse insuffisante aux moyens thérapeutiques (antalgiques classiques et opiacés) dispensés jusqu'au jour de l'établissement de son rapport. Selon ce spécialiste, la pose de ce diagnostic avait pris du temps, car il avait nécessité une observation plus longue et l'apport progressif d'éléments suite aux traitements successifs. En outre, la coexistence de symptômes thymiques et somatiques rendait l'établissement d'un tel diagnostic délicat et la survenue de ce syndrome pouvait sembler différée par rapport au traumatisme accidentel initial, sans que cela ne contredisait toutefois le diagnostic. Les symptômes somatiques étaient concomitants à un conflit émotionnel et à un stress psychosocial, ce qui lui conférait une dimension bio-psycho-sociale. Le Dr J_____ a précisé que ce trouble était persistant sur toute la période observée et qu'il avait engendré incontestablement une grande détresse ne pouvant être contrôlée par la seule volonté de la recourante (cf. rapport du Dr J_____ du 31 mai 2023, pp. 8-9). S'agissant des limitations fonctionnelles, le psychiatre traitant a indiqué une atteinte thymique générant un degré de fatigabilité cognitive avec des difficultés de concentration, une baisse progressive de l'attention, et donc d'efficacité, dans une activité relativement soutenue et moyennement exigeante sur le plan cognitif, une motivation inconstante devant être stimulée, une fragilité émotionnelle limitant l'adaptation aux situations imprévues ou nouvelles, ainsi qu'aux interactions sociales conflictuelles induisant des mécanismes d'évitement, voire d'isolement. Il y avait aussi une limitation au niveau de l'endurance à l'effort physique avec un besoin de se reposer et de s'allonger plus souvent et longtemps (clinophilie). Concernant la capacité d'endurance et la résistance, le Dr J_____ a retenu que « la limitation était à préciser en fonction de modalités spécifiques », sans toutefois les détailler, indiquant que cette limitation était de modérée à sévère sur le plan de la concentration sur une tâche mentale complexe. L'intéressée présentait par ailleurs une fatigabilité progressive pathologique lors d'un effort physique prolongé, ainsi qu'une fluctuation sur le nyctémère (adynamie et anergie labile) (cf. rapport du Dr J_____ du 31 mai 2023, p. 10). La chambre de céans constate que les limitations fonctionnelles susvisées ne s'écartent pas de celles retenues par les experts et rappelées ci-dessus.

Au vu de ces éléments, il sera retenu que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été écarté, de manière particulièrement succincte, mais à bon droit par l'expert psychiatre.

5.3.2 La Dre H_____ a en outre conclu que l'association des douleurs de type neuropathiques, de fatigue, de vertiges, de céphalées et de troubles digestifs pouvait entrer dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique qui était probablement secondaire à l'accident. Cette spécialiste n'a toutefois pas motivé ce diagnostic, n'indiquant, en particulier, aucune limitation fonctionnelle qui aurait été ignorée par les experts. Par conséquent, ce diagnostic ne saurait être retenu comme incapacitant.

5.3.3 Force est ainsi de constater que les diagnostics et leur motivation retenus par les médecins traitants ne sont pas à même de démontrer un quelconque élément objectivement vérifiable et suffisamment important qui aurait été ignoré par les experts dans leur expertise du 18 janvier 2022.

5.4 Il s'agit enfin d'examiner les griefs formulés par la recourante et de déterminer si ceux-ci sont à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise susvisée.

5.4.1 Dans un premier grief, la recourante fait valoir que l'expertise serait dénuée de cohérence, au motif que seuls les médecins internes et le médecin psychiatre ont participé au colloque de synthèse pluridisciplinaire et élaboré l'expertise consensuelle. Elle relève en particulier qu'alors même que les médecins neurologue et orthopédiste ont confirmé cliniquement la présence de douleurs à l'examen et l'absence d'exagération des symptômes, l'expertise psychiatrique retient tout de même une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques.

Selon le Tribunal fédéral, lors d'une expertise pluridisciplinaire, la capacité de travail devrait faire l'objet d'une appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, dans lequel les résultats obtenus dans chacune des disciplines sont discutés (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, 2003, p. 89 ; voir aussi Jacques MEINE, *L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale*, in *L'expertise médicale, De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles*, 2002, p. 23). Une telle discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue toutefois pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives - effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions - sont compatibles les unes avec les autres (arrêt du Tribunal fédéral 9C_282/2012 du 29 août 2012 consid. 4.1 et la référence citée).

En l'occurrence, l'expertise susvisée contient un chapitre intitulé « évaluation consensuelle – évaluation médicale interdisciplinaire », soit une appréciation globale établie suite à un colloque de synthèse multidisciplinaire entre les experts de médecine interne (docteur T_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et la Dre L_____) et de psychiatrie (Dre N_____). Le rapport d'expertise précise en outre que les rapports des autres experts ont été discutés et pris en compte dans les conclusions de l'expertise et qu'en cas de nécessité, les autres experts étaient contactés par téléphone ou par courriel. Dans ces circonstances et au vu de l'évaluation consensuelle, force est de constater que l'ensemble des expertises a été dûment pris en considération pour son établissement. Le grief de la recourante tombe donc à faux.

5.4.2 Dans un deuxième grief, la recourante fait valoir que l'expertise serait dénuée de force probante en raison de constatations erronées contenues dans celle-ci, telles que la faculté de conduire une voiture quotidiennement alors que la recourante ne dispose pas d'un véhicule, la mention d'une vie sociale qui ne correspond pas à la réalité de l'intéressée qui vit en repli social à son domicile, ainsi que la faculté de tenir son ménage et d'effectuer des tâches administratives.

Il ressort toutefois de l'évaluation neuropsychologique établie par Mme K_____ le 28 juillet 2020 que la recourante conduit une voiture depuis septembre 2019 sur des trajets très courts, qu'elle s'occupe des tâches ménagères avec l'aide de sa famille pour certaines d'entre elles et, concernant la gestion de l'administratif, qu'elle apprenait à le faire depuis la séparation d'avec son époux, car c'était ce dernier qui s'en occupait durant le mariage. Il ressort en outre du rapport d'expertise d'UNISANTÉ (volet médecine interne de la Dre L_____) que la recourante a expliqué, lors de l'entretien, ne pas mettre en route les essuie-glaces pour ne pas sentir l'odeur du lave-glace qui l'insupporte, ce qui constitue un indice supplémentaire que la recourante conduit effectivement un véhicule.

S'agissant de la vie sociale de la recourante, il ressort du rapport de son psychiatre traitant du 30 avril 2020, qu'elle présentait une sociabilité et un intérêt pour son entourage et son environnement. De même, l'anamnèse psychosociale de l'experte L_____ décrit un réseau amical satisfaisant, des contacts téléphoniques avec sa famille proche (mère, sœur et frère) et une visite de son frère chez elle pour les vacances. Selon ce rapport, la recourante a indiqué à l'experte L_____ qu'elle vivait avec son fils et qu'elle allait marcher en groupe grâce à une application sur son téléphone.

Dès lors que les éléments factuels susmentionnés figuraient au dossier ayant été soumis aux experts ou ressortaient expressément de l'anamnèse psychosociale de la recourante, il ne saurait leur être reproché de les avoir retenus dans leur rapport du 18 janvier 2022. Ce grief tombe donc aussi à faux.

5.4.3 Concernant l'atteinte cardiaque (fibrillation auriculaire paroxystique) diagnostiquée le 21 juillet 2022 et ayant donné lieu à une opération chirurgicale

en date du 20 septembre 2022, ainsi qu'à un séjour au sein du service de cardiologie des HUG du 19 au 21 septembre 2022, la recourante avait rapporté des palpitations dans le contexte d'efforts physiques qui lui causaient des douleurs généralisées, des céphalées, des vertiges et des malaises sans perte de connaissance (cf. lettre de sortie des soins aigus du 29 septembre 2022 du Dr U_____). Dans son écriture du 9 février 2023, la recourante a fait valoir que les pathologies dont elle souffrait étaient invalidantes et que le retentissement de celles-ci sur sa vie était patent.

L'expertise du 18 janvier 2022 ne tient pas compte de cette atteinte cardiaque dès lors qu'elle a trait à des événements ayant eu lieu après l'expertise, les documents médicaux y relatifs ayant été transmis à l'intimé le 9 février 2023, dans le cadre de la présente procédure. Ces nouvelles pièces médicales ont toutefois été soumises à l'examen du SMR qui, dans un avis médical du 1^{er} juin 2023, a retenu que celles-ci n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif affectant la capacité de travail de la recourante. En effet, la chambre de céans constate que l'hémisynndrome droit fonctionnel a déjà été pris en compte par les experts dans leur expertise du 18 janvier 2022, ces derniers ayant relevé dans leur évaluation consensuelle que l'intéressée avait rapporté un hémisynndrome sensitif droit, des vertiges et des céphalées dont les plaintes étaient assez floues et imagées. Quant au problème cardiaque, il ressort du rapport du service de cardiologie des HUG du 20 septembre 2022, que l'intervention chirurgicale du même jour n'a présenté aucune complication, les médecins s'étant limités à proposer la poursuite de la prise d'une anticoagulation orale à long terme et de NEXIUM 40mg/jour pendant deux mois. Il apparaît ainsi que l'anomalie a été corrigée, étant rappelé que les experts ont retenu, à titre de limitations fonctionnelles, l'absence de long déplacement à pied et l'absence de montée ou descente d'escaliers de manière répétée, de sorte que l'activité physique et cardiaque s'en trouve ainsi ménagée. Au demeurant, contrairement à ce que soutient la recourante, il ressort de la lettre de sortie des soins aigus du 29 décembre 2022 que l'hospitalisation à la Clinique de Beau-Séjour du 14 décembre au 21 décembre 2022 n'était pas due à l'atteinte cardiaque susmentionnée, mais en raison de douleurs chroniques à l'hémicorps droit et d'une infection au COVID-19.

La chambre de céans retiendra donc que l'atteinte cardiaque de la recourante ne permet pas de retenir une incapacité de travail. Ce grief tombe donc aussi à faux.

5.4.4 La recourante fait encore valoir que l'expertise ne disposerait pas d'une pleine valeur probante dès lors qu'elle serait en contradiction avec le rapport des EPI du 12 août 2020 qui constate ses capacités physiques très faibles (rythme très lent, fatigabilité importante, polyvalence restreinte, etc.) et la nécessité d'adapter son poste de travail (horaire, isolation du bruit, alternances, port de charge, etc.) de telle manière qu'il serait impossible de trouver un poste répondant à ces critères sur le marché ordinaire de l'emploi.

La recourante a effectué un premier stage dans un atelier protégé du 24 février au 5 mars 2020. Selon le bilan d'évaluation du 5 mars 2020, seule une activité simple et pratique était à la portée de l'intéressée. Les pistes retenues étaient celles du scannage (agente de numérisation) ou une activité de conditionnement. Ce dernier type d'activité n'était toutefois pas prioritaire en raison des observations effectuées au cours de ce premier stage au sein de l'atelier des EPI, à savoir : le non-maintien des positions de travail (alternance toutes les 15 minutes pour la position debout statique, 20 minutes pour la position debout dynamique et 30 minutes pour la position assise), la mobilité des membres supérieurs n'était pas exploitable, les capacités d'apprentissage n'étaient mobilisables qu'en cas d'apports théoriques réduits et lorsqu'un soutien pouvait être apporté, la capacité de concentration était limitée par ses interruptions de tâches et par le bruit ambiant. S'agissant de ses capacités d'intégration sociale, sa polyvalence était limitée en raison de ses lacunes en français et en bureautique, ainsi qu'en raison de sa fragilité émotionnelle qui représentait un frein important pour se projeter dans le marché ordinaire de l'emploi.

Du 10 au 13 mars 2020, la recourante a commencé un stage d'agente de numérisation au sein de l'office cantonal des transports qui a toutefois été interrompu en date du 16 mars 2020 par la pandémie de COVID-19 et qui n'a pas pu être repris par la suite. Du 22 juin au 3 juillet 2020, puis du 13 au 24 juillet 2020, l'intéressée a effectué un stage à mi-temps au sein d'une petite entreprise en qualité d'ouvrière d'établi dont les tâches correspondaient à celles d'une activité de conditionnement (contrôle des produits avant conditionnement, conditionnement d'ampoules de soins, préparation de commandes et collage d'étiquettes) et pour laquelle la position de travail était essentiellement assise, la position debout ne pouvant être tenue que sur de très courtes périodes (5 à 10 minutes). Du point de vue physique, les difficultés étaient évidentes et le poste de travail devait être adapté (position, bruit ambiant, port de charge limité, tâches peu exigeantes au niveau de la concentration, etc.). Ledit poste nécessitait en outre de la force et beaucoup de concentration (cf. rapport des EPI du 12 août 2020, p. 6). La chambre de céans relève à ce propos que la recourante a effectué un stage en qualité d'ouvrière d'établi qui ne correspondait manifestement pas à ses limitations fonctionnelles du point de vue de la position de travail, du port de charge et des exigences de concentration, ce d'autant plus que le bilan d'évaluation avait précisément écarté toute activité de conditionnement comme adaptée aux capacités de l'intéressée. Surtout, il apparaît que la recourante n'a pas eu l'occasion d'effectuer une activité de scannage, soit l'activité retenue comme étant la plus à même de correspondre à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, la conclusion du rapport des EPI du 12 août 2020 selon laquelle il serait impossible de trouver un poste sur le marché ordinaire de l'emploi répondant aux besoins d'adaptation d'un poste de travail tels qu'identifiés lors du stage de conditionnement n'apparaît pas fondée.

Au surplus, il convient de rappeler qu'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.

Or, le SMR a bel et bien pris en compte les limitations fonctionnelles physiques de la recourante dans son rapport du 26 janvier 2022, en retenant notamment que la recourante doit exercer une activité sans marche en terrain irrégulier, sans montées ou descentes d'escaliers de manière répétée, sans long déplacement à pied, avec une position de travail alternée, sans port de charges excédant les 5 kg, sans mouvements en porte-à-faux du tronc, cette activité devant être simple et répétitive.

Ainsi, les éléments concernant l'état de santé de la recourante consignés dans le rapport des EPI susvisé ne suffisent pas à faire douter de la capacité entière de travail dans une activité adaptée telle que retenue par les experts et le SMR.

5.5 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra que l'argumentation exposée par la recourante ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise médicale administrative pluridisciplinaire du 18 janvier 2022 ni d'apporter la preuve d'une limitation entièrement invalidante au-delà du 31 décembre 2019, étant rappelé que, selon la jurisprudence applicable, l'absence de preuve doit être supportée par le recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

En conclusion, il faut retenir que l'assurée est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2019.

C'est ainsi à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente entière d'invalidité à la recourante au-delà du 31 décembre 2019.

Enfin, au vu de ces éléments et par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à l'audition des médecins traitants et à l'audience de confrontation entre ceux-ci et les experts telles que sollicitées par la recourante.

6. Mal fondé, le recours est rejeté.
7. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique.
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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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