

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3486/2023

ATAS/905/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourante

représentée par de Me Charles PIGUET, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana
DORDEA, juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1965, ressortissante portugaise, arrivée en Suisse en janvier 1991, mariée et mère de deux enfants, nés en 1982 et 1994.
- b.** Depuis le 15 mars 2014, elle a été en incapacité totale de travail en raison de problèmes d'arthrose, de fibrome, de tension et de dépression.
- B.** **a.** Le 18 décembre 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
- b.** Le 25 juin 2015, la docteure A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère en rémission partielle. Au début du suivi, l'assurée se présentait irrégulièrement aux rendez-vous. Actuellement, elle investissait mieux la psychothérapie, qui était hebdomadaire, et prenait du Cymbalta.
- c.** Le 20 juillet 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué à l'intimé que l'état de santé de l'assurée s'était légèrement amélioré sur les plans psychique et organique. Au moindre problème familial ou organique, on assistait toutefois à une récurrence de sa dépression récurrente. Sa capacité était nulle du point de vue psychique.
- d.** Le 23 octobre 2015, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée allait légèrement mieux grâce à son traitement. Il y avait eu une augmentation de la lombalgie et une nouvelle douleur latérale de la cuisse droite depuis trois semaines. La radiographie montrait une calcification tendineuse au niveau du grand trochanter droit et une ostéophytose céphalique supéro externe droite. Ce diagnostic diminuait sa capacité de travail car elle avait de la peine à rester debout et marcher longtemps.
- e.** Le 9 novembre 2015, la Dre A_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis mars 2014 avec effet sur sa capacité de travail et d'une réaction de deuil depuis le 15 septembre 2015, sans effet sur la capacité de travail. Les épisodes précédents étaient survenus en 1986, après le décès de sa mère et en 2008, dans le contexte de problèmes professionnels. L'épisode actuel avait commencé en 2014 dans un contexte de problèmes familiaux graves. Malgré la gravité de ses symptômes, l'assurée avait refusé jusqu'à avril 2015, début du suivi, de consulter un psychiatre. La psychothérapie associée au traitement antidépresseur par Cymbalta avait permis d'améliorer partiellement son état. Durant l'été 2015, le père de l'assurée était décédé, ce qui avait réactivé sa symptomatologie dépressive. Le Dre A_____ avait constaté un état de détresse, une humeur dépressive, un sentiment de culpabilité, des douleurs, une fatigabilité et une diminution de l'intérêt et du plaisir. Le pronostic était lentement favorable. La compliance au

traitement était partielle. La capacité de travail était de 50% dans la dernière activité exercée. Elle ne pouvait pas effectuer des tâches suivies, était très fatigable et sa concentration était limitée.

L'épisode actuel était lié au décès de la mère de l'assurée et d'une réaction de deuil depuis le 15 septembre 2015, sans effet sur sa capacité de travail. Selon le rapport de la psychiatre traitante du 9 novembre 2015, l'état de santé de l'assurée s'était progressivement amélioré et sa capacité de travail était de l'ordre de 50% depuis le 22 avril 2015.

f. Dans un avis établi le 26 mai 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'atteinte principale à la santé de l'assurée était un syndrome de chondromalacie du genou droit avec une arthrose fémoro-patellaire et un épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen (M94.2, F33.1). L'incapacité de travail durable avait débuté le 17 mars 2014 et elle était totale depuis lors. Une capacité de travail de 50% était exigible, avec possible augmentation progressive, dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : les agenouillements, le port de charges de plus de 10 kg, la marche en terrain irrégulier, monter sur des échelles. L'atteinte psychiatrique engendrait de la fatigue, des troubles de la concentration et des troubles du sommeil. L'aptitude à la réadaptation débutait le 22 avril 2015. Sur le plan orthopédique, l'assurée avait été suivie par le docteur Jean-Philippe CORSAT, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui ne l'avait vue qu'une seule fois le 18 juillet 2014. En conclusion, le SMR s'alignait sur les conclusions des médecins traitants, orthopédiste et psychiatre.

g. Selon une note de l'OAI sur le statut du 16 juin 2016, l'assurée était âgée de 51 ans, mariée et mère de deux enfants de 34 et 22 ans. Elle avait travaillé d'avril 2012 à janvier 2015 à 80%. Un statut mixte 80% - 20% était en conséquence retenu.

h. Selon une note de premier entretien du 19 septembre 2016 au « service REA » de l'OAI, les examinateurs ayant procédé au bilan des déficiences et incapacités considéraient qu'au vu de l'atteinte de l'assurée, il fallait trouver pour elle une activité sédentaire n'impliquant que très peu d'efforts physiques. L'assurée avait une grande envie de retrouver une activité professionnelle, à plein temps si possible. Elle n'avait jamais été sans emploi par le passé et la situation actuelle, qui se prolongeait, l'affectait beaucoup. Elle n'aimait pas rester inactive et la dépendance financière lui pesait, d'autant plus qu'elle ne parvenait pas à assumer ses charges. Elle souhaitait débiter la mesure d'orientation sans tarder, pour retrouver une activité et un rythme de travail. Elle n'avait pas d'idée précise de ce qu'elle pourrait faire, mais pensait pouvoir reprendre une activité professionnelle à plein temps. En conclusion, le service REA proposait une mesure d'orientation en centre (art. 15 LAI), pour tenter de définir une activité adaptée correspondant aux capacités fonctionnelles et aux compétences de l'assurée. Une fois

identifiée(s) une ou plusieurs activités adaptées, il s'agirait de la/les valider en trouvant une opportunité de stage dans une entreprise (art. 18a, voire 17 LAI).

i. Selon une note du 30 septembre 2016, le gestionnaire REA avait rappelé l'assurée pour vérifier qu'une approche, essentiellement en entreprise, telle que pratiquée par le Secteur-Emploi, ne lui poserait pas de problème. Cette dernière avait indiqué qu'au contraire, cela l'enchantait : elle n'avait eu que de bonnes expériences avec ses employeurs jusqu'à présent. Elle avait dû tout apprendre par elle-même et avait toujours réussi à tirer son épingle du jeu. Elle n'avait donc aucune appréhension à se confronter à de nouvelles tâches, exigences et responsabilités.

j. Par décision du 21 octobre 2016, l'OAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle auprès de l'organe d'exécution, soit Secteur-Emploi SA, du 12 octobre 2016 au 22 janvier 2017. L'assurée bénéficierait des indemnités journalières et autres prestations habituelles.

k. Selon le bilan final de la mesure du 22 janvier 2017, le début avait été difficile en raison de problèmes familiaux de l'assurée, puis la situation s'était améliorée. La relation au marché du travail était compliquée, non seulement parce que l'assurée n'avait pas fait d'études secondaires ni de formation particulière, mais également parce qu'elle n'avait pas une grande résistance physique, en raison de son état de santé. En matière de compétences sociales, elle avait fait très bonne impression au téléphone, puis sur place lors du premier entretien. Elle s'était montrée très adaptable, malgré son fils à l'hôpital. De plus, elle disait être très volontaire et motivée. S'agissant des cibles à développer, la première idée avait été le domaine de l'horlogerie, avec un stage dans un atelier horloger. Comme elle aimait le contact avec la clientèle, des pistes dans le social, dans la direction d'équipe et dans la surveillance / sécurité, conseil à la clientèle et la vente, ainsi l'onglerie / manucure avaient été envisagées. Il fallait tenir compte du fait qu'elle ne pouvait se tenir debout toute la journée, en raison de graves problèmes de dos et de pieds. Elle ne pouvait pas non plus rester assise trop longtemps, ni plier le dos, trop marcher, prendre les escaliers, porter trop de poids, se baisser et se mettre à genoux. Le stage prévu pour deux semaines à 50% avait été interrompu au bout d'une semaine à cause de nouvelles douleurs dorsales. Lors du stage dans la vente, l'assurée n'arrivait pas à travailler plus de trois heures par jour et son taux avait dû être abaissé à un jour sur deux. Elle avait beaucoup de plaisir dans ce métier (gestion du stock, caisse, vente), mais malheureusement, le magasin (l'un des magasins de D_____) était trop exigu et ne lui permettait pas de se reposer assise. En conclusion, deux domaines avaient été testés, sous forme de stages : le secteur ouvrier et industriel dans un premier temps et de la vente par la suite. Les problèmes physiques de l'assurée avaient rendu ces cibles compliquées, voire inadéquates, malgré son goût prononcé pour la vente. Il lui avait été proposé d'essayer de trouver un stage pour travailler à la caisse dans une cantine de type scolaire, mais comme elle avait fait une mauvaise expérience, elle n'était pas très

motivée. Elle avait fait un stage à la caisse dans un commerce type E_____, mais il ne s'était pas bien déroulé, car elle ne pouvait pas travailler dans les rayons. En conclusion, par rapport à cette situation difficile, le responsable de stage pensait qu'il faudrait plus de temps pour mieux orienter l'assurée dans un métier où elle pourrait alterner les positions assise et debout, mais ses compétences sociales lui permettaient de travailler dans beaucoup de domaines variés (vente, petits travaux manuels). La problématique était sa résistance au travail, qui n'était que de trois heures par jour, avec une alternance assis/debout.

l. Au vu de ce bilan et des propositions du responsable de stage - qui indiquait que l'assurée pouvait débiter dès le lendemain un stage dans un bureau pour y faire du classement et des tâches administratives simples, puis dès la semaine suivante, elle aurait un premier rendez-vous avec le directeur d'un restaurant d'entreprise pour un stage en qualité d'aide-buffet et aide-caissière -, l'OAI a décidé de prolonger la mesure du 23 janvier au 28 février 2017 (décision du 26 janvier 2017).

m. Le 3 février 2017, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, avec des changements dans les diagnostics. Depuis mi-janvier 2017, elle souffrait d'une tendinite plantaire droite. Du point de vue orthopédique, il y avait une amélioration.

n. Dans un avis du 7 avril 2017, le SMR a proposé à l'OAI de mettre en place une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

o. Le 28 mars 2018, le service de réadaptation a décidé de clore son mandat, au vu de l'interruption de la mesure en cours en mars 2017 et de l'expertise projetée.

p. Dans une note du 28 mai 2018, du gestionnaire de l'OAI, il est mentionné que le SMR avait reconsidéré sa position et qu'il estimait qu'il n'y avait pas d'élément médical justifiant une expertise. En conclusion, il était proposé de mandater à nouveau le service spécialisé pour la suite à donner à l'examen des mesures de réadaptation. Ce qui a été fait le 29 mai 2018.

q. Dans un avis du 28 juin 2018, la permanence REA a considéré que, compte tenu de l'échec des mesures d'orientation prises en charge à l'époque, d'autres mesures ne seraient pas « simples et adéquates », car elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage, ni à garantir de manière durable le succès d'une réadaptation. Par ailleurs, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives correspondant à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées, que recouvrait le marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier, on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Il convenait ainsi de procéder à une évaluation théorique du degré d'invalidité, soit de la perte de gain. Le statut d'assuré retenu était celui de statut mixte, 80% active et 20% consacrés aux travaux habituels selon note du 17 juin 2017 (recte : 2016). Sur la base des éléments figurant au

dossier, au moment de la date du début de l'incapacité de travail en tant que lingère dans un pressing, en 2014, selon les renseignements de l'employeur, le revenu annuel de l'assurée s'élevait à CHF 34'450.- par an. Le revenu en 2013, selon le compte individuel de l'assurée, s'élevait à CHF 34'219.- par an, et au moment de l'aptitude à la réadaptation, soit en 2015, le revenu sans invalidité se montait à CHF 36'000.- pour un 80%. Pour évaluer la perte de gain, le service s'était basé sur les tabelles statistiques pour un emploi simple (Enquête suisse sur les salaires [ESS], ligne Total, pour un « homme [sic !] », niveau 1). Compte tenu du fait que les personnes travaillant à temps partiel gagnaient généralement moins, et du fait que seule une activité légère était envisageable, un abattement de 10% pouvait être retenu. La fiche relative au calcul du revenu annexée à ce rapport concluait à un degré d'invalidité de 32.4%. Ce calcul, basé sur l'année d'aptitude à la réadaptation (2015), avait été établi sans extrapolation du revenu à 100%. Le service REA laissait le gestionnaire déterminer le degré d'invalidité en prenant en compte le statut mixte.

r. Par courrier du 16 octobre 2018, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il entendait refuser toute rente d'invalidité et mesures professionnelles. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 11 mars 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais de 50% dans une activité adaptée à son état de santé dès le 22 avril 2015. Il retenait un statut mixte (80% d'activité professionnelle et 20% pour les travaux habituels). La comparaison des revenus déterminait une perte de gain de CHF 11'675.- entre les revenus sans invalidité (CHF 36'000.-) et avec invalidité (CHF 24'325.-), soit un taux d'invalidité de 32.4%. Avec la prise en compte de la part de 20% de travaux habituels, le taux d'invalidité global était de 26.82% arrondi à 27%.

À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 11 mars 2015, le droit à une rente entière était ouvert. Toutefois la demande de prestations ayant été déposée le 18 décembre 2014, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois de juin 2015 (art. 29 LAI). Dès janvier 2018, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. La comparaison des gains se calculait de la manière suivante : revenu sans invalidité CHF 45'000.-, revenu avec invalidité CHF 24'325.-, soit une perte de gain de CHF 20'675.- et un taux d'invalidité de 45.94% ; avec la pondération inhérente au statut mixte, le taux d'invalidité arrondi était de 38%.

Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente. L'OAI avait pris en charge des mesures d'ordre professionnel qui s'étaient malheureusement soldées par un échec, d'autres mesures ne seraient pas simples et adéquates, car elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ni à garantir de manière durable le succès d'une réadaptation. Par ailleurs, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives – qui

correspondaient à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées, que recouvrait le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier, on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles.

s. L'assurée n'ayant pas réagi dans le délai imparti, l'OAI a rendu le 22 janvier 2019 une décision formelle conforme au projet de décision susmentionné.

t. Par mémoire du 27 février 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 22 janvier 2019 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant préalablement à la mise en place d'une expertise rhumato-psychiatrique visant à déterminer son taux d'incapacité à compter du 22 avril 2015 et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et au constat qu'elle présentait un degré d'invalidité de 100% dès le 11 mars 2015, avec suite de frais et dépens.

u. Par arrêt du 15 mars 2021 (ATAS/214/2021), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 22 janvier 2019, dit que la recourante avait un statut d'active et retourné la cause à l'intimé pour mise en œuvre de l'expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie et nouvelle décision.

C. a. L'OAI a confié une expertise à la docteure F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la docteure G_____, rhumatologue, du H_____ (ci-après : H_____).

Selon le rapport d'expertise établi le 28 juin 2022, l'expertisée s'était présentée le 15 mai 2022. L'examen somatique avait duré 1h25 et l'examen psychiatrique 1h. Selon l'évaluation consensuelle, les diagnostics incapacitants au plan somatique étaient une coxarthrose primitive bilatérale, une gonarthrose fémorotibiale interne bilatérale, une méniscope, une arthrose des pieds avant désaxations des orteils, un hallux valgus, une lombarthrose et des discopathies sans hernie discale ni contrainte radiculaire. Le diagnostic non incapacitant de syndrome douloureux diffus d'origine inexplicée était posé. La capacité de travail sur le plan rhumatologique était de 20% pour l'activité habituelle, car il s'agissait d'un poste debout, depuis 2014 et sans amélioration à attendre, et elle était de 100% pour une activité adaptée, depuis 2015.

Sur le plan psychique, seul le diagnostic non incapacitant de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission était posé. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% dès 2017 avec la décision de mettre fin à tout suivi psychiatrique. Dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, elle était de 100% depuis toujours, celle-ci ne présentant pas de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée.

Consensuellement, la capacité de travail était de 20% pour l'activité habituelle et de 100% pour l'activité adaptée.

b. Dans un avis du 6 juillet 2022, le SMR a estimé nécessaire de poser des questions complémentaires aux expertes.

c. Le 4 août 2022, la docteure I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, consultée par l'assurée, a indiqué que vu le résumé de l'expertise bidisciplinaire et de l'IRM lombaire, elle suivait la conclusion des experts sur la capacité de travail de la recourante.

d. Le 6 octobre 2022, la Dre G_____ a indiqué, à la question de savoir si en raison de l'atteinte arthrosique de plusieurs articulations il fallait reconnaître une baisse de rendement, que l'atteinte arthrosique de plusieurs articulations concernait les pieds et qu'un travail en position assise ne les sollicitait pas. Il en était de même pour le genou et la hanche. Dans la mesure où les articulations atteintes se situaient uniquement sur les membres inférieurs, un poste assis ne comportait pas de baisse de rendement. Une pause de dix minutes toutes les deux heures était nécessaire en raison de l'atteinte lombaire pour étirer le rachis. Le syndrome douloureux diffus était décrit comme non incapacitant, car les données de l'examen clinique confirmaient l'absence de limitations fonctionnelles objectives notables. Il n'y avait pas de prise médicamenteuse importante, ce qui sous-tendait qu'il n'y avait pas de douleurs invalidantes.

Il a été demandé à la Dre F_____ de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée depuis 2017 d'un point de vue psychiatrique en tenant compte du rapport établi le 24 février 2017 par le Dr J_____, qui affirmait suivre l'assurée depuis le 25 novembre 2016, l'avoir vue en contrôle le 9 février 2017 et qui retenait une capacité de travail limitée entre 30 et 50% ainsi que des limitations fonctionnelles psychiatriques. Le Dr B_____, médecin traitant, retenait dans son rapport du 3 février 2017 que l'état de l'assurée s'était aggravé sur le plan psychique depuis le 7 septembre 2016, en raison de l'accident de son fils.

Le 6 octobre 2022, l'experte psychiatre a indiqué que lors de l'anamnèse, l'assurée avait affirmé ne plus avoir de suivi psychiatrique. Elle pouvait prendre soin d'elle-même, de son ménage et de son administration, recevoir des amis et se rendre chez eux, échanger avec sa famille qui habitait en Valais, partir en vacances et s'adonner à la lecture qui était sa passion. Elle n'avait pas décrit de difficultés psychiatriques et exprimé au contraire l'absence de besoin de bénéficier d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré. Depuis 2017, date à laquelle elle avait terminé ses suivis psychiatriques et médicaux, l'évolution avait été favorable avec une stabilisation de l'humeur. L'experte psychiatre ne retenait pas de diagnostic purement psychiatrique quant au syndrome douloureux diffus que l'assurée n'avait pas mentionné lors de l'entretien de l'expertise psychiatrique.

e. Dans un avis du 18 novembre 2022, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 17 mars 2014 et une capacité de travail de 50% dès le 22 avril 2015, puis de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars

2017, moment où le suivi psychiatrique s'était arrêté. Le SMR a rappelé que la Dre F_____ retenait une capacité de travail entière dans toute activité depuis 2017 (mars 2017, moment où l'assurée avait stoppé son suivi psychiatrique), précisant qu'elle avait indiqué que l'assurée avait arrêté en 2015 de prendre un médicament antidépresseur et qu'elle avait montré la présence de ressources, puisqu'elle s'était occupée de veiller à ce que son fils soit défendu au tribunal, qu'elle faisait son ménage, lisait (ce qui était sa passion), s'occupait de son administration, se promenait avec son mari, pouvait recevoir des amis ou se rendre chez eux et échanger avec sa famille qui habitait en Valais. Elle pouvait partir en vacances. Elle recevait le soutien de ses fils et de son mari. Elle avait exprimé combien le fait d'être financièrement dépendante de son mari lui pesait et n'avait pas décrit des difficultés psychiatriques. Bien au contraire, elle avait exprimé l'absence de besoin de bénéficier d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré. La Dre F_____ avait exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant.

f. Par décision du 26 septembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 décembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin au 31 juillet 2015, un quart de rente du 1^{er} août 2015 au 31 mai 2017.

Le statut d'assuré était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle dès le 17 mars 2014 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50% dès le 22 avril 2015 et de 100% dès le 1^{er} mars 2017. La demande de prestations n'avait été déposée que le 18 décembre 2014 et la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois de juin 2015 (demande tardive). L'assurée ayant bénéficié de mesures professionnelles accompagnées d'indemnités journalières du 12 octobre 2016 au 31 mars 2017, celles-ci seraient déduites de sa rente. Dès le 1^{er} mars 2017, l'OAI estimait que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. Cette amélioration avait duré plus de trois mois, le quart de rente était donc versé jusqu'au 31 mai 2017 (art. 88a al. 1 RAI).

Dès le 1^{er} juin 2017, le taux d'invalidité était de 0%, ce qui n'ouvrait pas à l'assurée le droit à une rente. L'OAI avait pris en charge des mesures d'ordre professionnel qui s'étaient soldées malheureusement par un échec. D'autres mesures ne seraient pas simples ni adéquates.

- D.** **a.** L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales le 23 octobre 2023, concluant à ce qu'une expertise soit ordonnée pour déterminer son incapacité de travail à compter du 1^{er} juin 2015 et, principalement, à l'annulation de la décision du 26 septembre 2023 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2015, avec suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 20 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du H_____ et son complément était plus détaillé que les autres pièces au dossier et se fondait sur une étude attentive de celui-ci. Il fallait lui reconnaître une pleine valeur probante. Le SMR faisait remarquer que la Dre I_____ avait confirmé le 4 août 2022 qu'une activité adaptée était exigible à 100% de l'assurée.

Celle-ci n'apportait aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de celle-ci. Les nouvelles pièces produites avaient été soumises au SMR qui considérait qu'elles n'apportaient pas d'élément permettant de remettre en question l'appréciation de l'intimé (avis du SMR du 16 novembre 2023).

c. Le 12 décembre 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 22 mai 2024.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis juin 2015.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 et 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

En l'occurrence, la décision querellée est postérieure au 1^{er} janvier 2022, mais elle concerne le droit de la requérante à une rente d'invalidité depuis juin 2015, avec des changements de circonstances éventuels survenus en 2015 et 2017, de sorte que c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'applique.

3.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en

compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2)

L'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 (art. 28 al. 2 LAI).

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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 28), car celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

Il convient dorénavant 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

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. 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.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

Il s'agit, encore, 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 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.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique 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 que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic 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. Il 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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).

3.3 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de

l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 125 V 351 consid. 3).

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

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.

4.1

4.1.1 En l'espèce, la recourante conteste les résultats de l'expertise bidisciplinaire du H_____.

L'intimé estime que ce rapport a une pleine valeur probante, relevant que la Dre I_____ a confirmé ses conclusions le 4 août 2022, en particulier qu'une activité adaptée était exigible à 100% de la part de la recourante.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du H_____ répond de prime abord aux réquisits permettant de reconnaître à l'expertise une pleine valeur probante et elle examinera ci-après les critiques formulées à son encontre par la recourante.

4.1.2 La recourante fait valoir que dans sa réponse aux questions du SMR, l'experte psychiatre avait indiqué ne pas retenir de diagnostic purement psychiatrique quant au syndrome douloureux diffus que la recourante n'avait pas mentionné lors de leur entretien. Ce constat était arbitraire selon elle, car il ne lui appartenait pas de suggérer un diagnostic à l'experte ou d'attirer son attention sur un diagnostic posé par un confrère. L'experte devait se référer au dossier médical, qui mentionnait à de multiples reprises les douleurs dont souffrait la recourante. De plus, le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par le dernier psychiatre qui l'avait suivie. L'experte aurait dû investiguer le volet psychiatrique de ses douleurs. Le fait qu'elle ne se soit intéressée ni à la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr J_____ en 2017, ni aux douleurs alléguées par la recourante pendant des années démontrait une investigation grossièrement incomplète et une constatation arbitraire des faits.

Il ressort de l'évaluation consensuelle de l'expertise que sur le plan somatique, des diagnostics ont été posés pour l'atteinte lombaire de la recourante ainsi que pour ses atteintes des genoux, des pieds et des hanches. Le diagnostic de fibromyalgie a été éliminé. Il a été précisé qu'une partie des douleurs de la recourante n'avait pas d'explication anatomique et relevait d'un syndrome douloureux diffus d'origine inexplicquée, sans anomalie de l'examen fonctionnel, et que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

Le SMR a demandé à l'experte rhumatologue, le 6 juillet 2022, pour quels motifs elle estimait que le syndrome douloureux diffus d'origine inexplicquée n'était pas incapacitant. Il a également demandé à l'experte psychiatre si elle pouvait se prononcer sur le diagnostic de syndrome douloureux diffus posé par l'expert rhumatologue et l'éventuel diagnostic retenu en précisant s'il était incapacitant.

L'experte rhumatologue a répondu au SMR, le 6 octobre 2022, que le syndrome douloureux diffus était décrit comme non incapacitant, car les données de

l'examen clinique confirmaient l'absence de limitations fonctionnelles objectives notables et qu'il n'y avait pas de prise médicamenteuse importante.

L'experte psychiatre a répondu au SMR qu'elle n'avait pas retenu de diagnostic purement psychiatrique quant au syndrome douloureux diffus que la recourante n'avait pas mentionné dans l'entretien de l'expertise psychiatrique.

Dans son premier rapport, l'experte psychiatre a mentionné dans l'anamnèse que la recourante s'était plainte de douleurs au dos et aux genoux qui l'empêchaient de travailler, que celles-ci étaient apparues en 2013 et qu'elles avaient évolué vers une chronicisation. Par ailleurs, selon l'experte rhumatologue, les douleurs de l'assurée au dos et aux genoux avaient principalement une origine somatique, de type dégénératif.

Sur la base de ces éléments, la chambre de céans estime qu'il n'est pas critiquable que l'experte psychiatre ne se soit pas prononcée, dans son rapport du 28 juin 2022, sur l'effet incapacitant ou non du syndrome douloureux diffus, dès lors qu'elle a mentionné dans l'anamnèse que la recourante s'était plainte de douleurs au dos et aux genoux qui l'empêchaient de travailler lesquelles étaient apparues en 2013 et avaient évolué vers une chronicisation et que, selon l'experte rhumatologue, les douleurs au dos et aux genoux de la recourante avaient principalement une origine somatique, de type dégénératif.

Le fait que l'experte rhumatologue ait retenu le diagnostic non incapacitant de syndrome douloureux diffus ne permet pas de considérer qu'il y avait forcément un diagnostic psychiatrique en lien avec celui-ci. L'experte rhumatologue a posé ce diagnostic sans référence à la CIM-10. Il ne s'agit pas forcément d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, qui est de la compétence d'un psychiatre et qui est posé lors de douleurs persistantes (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intenses et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et qui constitue la préoccupation essentielle du patient. Il pouvait également s'agir d'autres troubles somatoformes (F45) ou de trouble somatoforme sans précision (F45.9). Cette question peut toutefois rester ouverte, car même si, par hypothèse, on admettait qu'un de ces diagnostics aurait dû être posé, il faudrait admettre que les indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral pour les diagnostics de ce type ne permettent pas de considérer qu'il serait incapacitant.

Par ailleurs, il ne s'imposait pas de prime abord que les indicateurs d'exigibilité soient examinés par l'experte psychiatre, dès lors que l'experte rhumatologue n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie et qu'elle a indiqué que si une partie des douleurs de la recourante n'avait pas d'explication anatomique et relevait d'un syndrome douloureux diffus d'origine inexpliquée, il n'y avait pas d'anomalie de l'examen fonctionnel.

Il ressort de l'appréciation consensuelle que l'indicateur des comorbidités a été pris en compte, puisque les expertes ont fait une appréciation globale de l'atteinte à la santé de la recourante tant du point de vue somatique que psychiatrique. Elles ont retenu au final que l'importance du vécu douloureux au plan somatique pouvait avoir une incidence sur ses capacités fonctionnelles.

Elles ont également examiné les ressources de la recourante, retenant qu'elle en avait, puisqu'elle pouvait prendre soin d'elle-même, de son ménage et de son administration, recevoir des amis ou se rendre chez eux, échanger avec sa famille, partir en vacances et s'adonner à la lecture qui était sa passion, en précisant que constituaient des facteurs de surcharge, son vécu douloureux global et ses soucis familiaux ainsi que sa colère vis-à-vis de la dépendance financière. Il a ainsi été procédé à une appréciation nuancée et convaincante de cet indicateur.

S'agissant de l'indicateur du poids des souffrances, les expertes en ont également tenu compte, puisqu'elles ont relevé que la recourante avait mis fin à tout suivi psychiatrique en 2017 et qu'elle avait exprimé l'absence de besoin d'en bénéficier. S'agissant de ses douleurs, l'experte rhumatologue a indiqué que la recourante prenait du Voltaren, mais pas tous les jours alors que celui-ci lui était prescrit pour tous les matins. Elle prenait en revanche beaucoup de Brufen, sans prescription médicale. La recourante a déclaré à l'experte rhumatologue que depuis 2012, sa symptomatologie s'était aggravée tant au niveau du genou droit que du rachis lombaire. Elle avait arrêté de se soigner de 2016 à 2021. S'agissant de son pied gauche, elle avait depuis plusieurs années de fortes douleurs au pied gauche et rien n'avait été trouvé. En 2008, on lui avait diagnostiqué une fracture de fatigue liée à un mobbing, « c'était son corps qui parlait ». Depuis, elle avait toujours eu mal. Elle avait pris des antalgiques, mais n'avait pas fait de bilan complémentaire pensant qu'il n'y avait rien à faire.

L'on ne peut ainsi retenir comme l'allègue la recourante qu'elle s'est rendue très régulièrement chez ses médecins et qu'elle suivait leurs prescriptions, puisqu'elle a, selon ses propres déclarations, arrêté de se soigner de 2016 à 2021 et qu'il est établi qu'elle ne prenait pas le Voltaren tous les jours, comme cela lui était prescrit. L'on peut ainsi admettre que son comportement par rapport au suivi médical relativise l'intensité de ses douleurs. Ses tentatives de réintégration professionnelle et le poids de ses soucis familiaux ne permettent pas d'en juger autrement.

Les expertes ont retenu que la recourante avait un vécu de majoration douloureuse et d'importance plus marqué que l'anatomie ne l'expliquait et sans prise de médicament. Il en ressort que les plaintes douloureuses de la recourante peuvent être exagérées en raison de son complexe de personnalité.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite la recourante de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs).

À ce sujet, la recourante fait valoir qu'elle ne développait presque aucune activité de loisir ou domestique et que ce critère n'était pas réellement examiné dans l'expertise. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'experte psychiatre a pris en compte les activités de loisirs et domestiques de la recourante dans son appréciation de sa capacité de travail, relevant qu'elle était capable de prendre soin d'elle-même ainsi que de son ménage et de s'adonner à la lecture. Elle a en outre relevé que la recourante n'avait pas montré d'incohérence au cours de l'examen clinique.

4.1.3 Les conclusions de l'expertise sont ainsi globalement convaincantes, à tout le moins pour la date de celle-ci, mais elles ne sont pas assez précises, car les expertes ne se sont pas prononcées, ou pas clairement, sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le début de son atteinte à la santé durable, soit du 21 avril 2015 à 2017.

Le SMR a demandé à l'experte psychiatre un complément d'expertise, en relevant que les médecins traitants de la recourante avaient estimé en février 2017 qu'elle était capable de travailler à 30-50% (Dr J _____) et que son état psychique s'était aggravé dès le 7 septembre 2016 suite à l'accident de son fils. Il lui demandait de dire sur quels critères elle se fondait pour retenir une capacité totale depuis 2017. L'experte a répondu que depuis 2017, la recourante avait terminé ses suivis psychiatrique et médicaux et que l'évolution avait été favorable avec une stabilisation de l'humeur. Cette réponse est convaincante pour la période débutant en 2017.

Le SMR aurait encore dû demander à l'experte psychiatre de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le 17 mars 2014, soit le début du délai d'attente, en particulier sur les effets sur son état psychique de l'accident que son fils a subi en 2016.

Les conclusions de l'expertise manquent en effet de précision pour cette période. L'experte psychiatre semble en effet retenir une atteinte sur le plan psychiatrique jusqu'en 2017 en lien avec un trouble dépressif récurrent, mais elle ne précise pas les limitations fonctionnelles liées à ce diagnostic.

Cela ne suffit toutefois pas à ôter toute valeur probante à l'expertise, qui est globalement probante. Le SMR a correctement complété ce rapport le 18 novembre 2022, en retenant une capacité de travail de 50% dès le 22 avril 2015, sur la base de la motivation de l'experte psychiatre, en relevant que celle-ci avait indiqué que la recourante avait arrêté en 2015 de prendre un médicament antidépresseur et qu'elle avait montré des ressources, puisqu'elle s'était occupée de veiller à ce que son fils soit défendu au tribunal, faisait son ménage, lisait avec passion, s'occupait de son administration, se promenait avec son mari et pouvait recevoir des amis ou se rendre chez eux, échanger avec sa famille qui habitait en Valais et partir en vacances. Elle recevait en outre le soutien de ses fils et de son mari. Elle avait exprimé combien le fait d'être financièrement dépendante de son

mari lui pesait et n'avait pas décrit de difficultés psychiatriques. Bien au contraire, elle avait exprimé l'absence de besoin de bénéficier d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré. La Dre F_____ a exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant et indiqué que la Dre A_____ avait, le 9 novembre 2015, indiqué que la recourante était en incapacité de travail à 50% dès le 22 avril 2015. La Dre A_____ a indiqué le 9 novembre 2015 que, durant l'été 2015, la mère de l'assurée était décédée, ce qui avait réactivé sa symptomatologie dépressive, sans retenir une incapacité de travail de plus de 50% suite à ce deuil, précisant que le diagnostic de réaction de deuil n'était pas incapacitant.

Les éléments précités permettaient au SMR de retenir une capacité de travail de 50% de la recourante dès le 22 avril 2015.

Celle-ci a confirmé, lors de son audition par-devant la chambre de céans, que lors du deuil de sa mère, l'aspect psychologique n'était pas prépondérant pour elle, qu'elle souhaitait travailler et pensait en être capable. Cela lui aurait permis de sortir de chez elle et de se changer les idées. Le décès de sa mère en septembre 2015 avait été un soulagement, car celle-ci était très malade et souffrait beaucoup. Il n'avait pas eu un impact important sur son état psychique. Elle avait arrêté le Cymbalta en été 2015 et ne l'avait pas repris après le décès de sa mère.

La recourante a également déclaré à la chambre de céans que son fils cadet avait eu un grave accident en septembre 2016 et que cela avait été très difficile pour elle. Tout avait changé dans sa vie quotidienne sur le long terme, mais pendant une année particulièrement. Pendant toute cette période, elle était suivie par le Dr J_____, mais elle n'avait pas repris d'antidépresseurs. Elle le voyait une fois par semaine et cela l'aidait de parler avec lui. Elle avait arrêté ce suivi pour des raisons financières et pour s'occuper de son fils. Ce n'était pas qu'elle se sentait mieux sur le plan psychique, selon elle. Elle voulait montrer sa présence à son fils. Son état psychique s'était amélioré à mesure que son fils allait mieux. Elle avait fait un travail avec son mari, à savoir qu'ils avaient pensé qu'il fallait qu'ils soient heureux car leur fils était en vie.

Il résulte des déclarations de la recourante précitées qu'elle a gardé des ressources suite à l'accident de son fils, car elle a pu s'en occuper et que son état psychique ne s'est pas aggravé dans une mesure notable, puisqu'elle n'a pas repris d'antidépresseurs. C'est donc à juste titre que l'experte psychiatre et le SMR n'ont pas retenu une augmentation de son incapacité de travail en 2016 suite à cet évènement

Cela est enfin également corroboré par le bilan final de stage d'orientation professionnelle du 22 janvier 2017, qui indique que son déroulement avait été difficile au début en raison des problèmes familiaux de la recourante, puis que la situation s'était améliorée. En matière de compétences sociales, celle-ci avait fait très bonne impression et elle s'était montrée très adaptable, quand bien même son

fil était à l'hôpital. De plus, elle disait être très volontaire et motivée à retrouver du travail.

La capacité de travail de 50% retenue du 22 avril 2015 jusqu'à 2017 n'est pas sérieusement remise en cause par le rapport du Dr J_____ du 24 février 2017, qui mentionnait une capacité de travail partielle de 40% dès le 25 novembre 2016 en tenant compte des restrictions physiques dues à la fibromyalgie, soit un diagnostic ne relevant pas de ses compétences, et des restrictions psychiques, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Elle n'est pas non plus remise en cause par les rapports établis le 20 juillet 2015 et le 2 février 2017 par le Dr B_____, qui retenait une incapacité totale de travailler de la requérante, du 10 avril 2014 au 1^{er} avril 2016, car celui-ci n'est pas spécialisé en psychiatrie et ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Les conclusions de l'intimé sur la capacité de travail de la requérante ne sont pas non plus remises en cause par la Dre I_____ qui, dans son rapport du 4 août 2022, indiquait suivre les conclusions des expertes sur la capacité de travail de la requérante.

En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 18 novembre 2022 et de l'expertise du H_____, que la requérante a été capable de travailler à 50% dans une activité adaptée d'avril 2015 jusqu'à 2017.

Il en résulte que la décision de l'intimé doit être confirmée.

5. Infondé, le recours sera rejeté.

Un émoulement de CHF 200.- sera mis à la charge de la requérante (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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