

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3751/2023

ATAS/1042/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1968, coiffeuse de formation, a exercé en dernier lieu une activité de serveuse à un taux de 100% pour le compte de B_____ (ci-après : l'employeur), dont son époux est administrateur.
- B.**
- a.** En avril 2019, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a réceptionné un formulaire de détection précoce complété par l'employeur, mentionnant que l'assurée se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 22 janvier 2019 en raison d'une fibromyalgie, accompagné d'une lettre de fin de traitement rédigée le 10 août 2017 par le docteur C_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) faisant état de ce qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et que l'affection la plus probable était un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie).
 - b.** Le 14 mai 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une fibromyalgie.
 - c.** Dans un rapport du 29 mai 2019, le docteur D_____, médecin traitant de l'assurée et spécialiste FMH en médecine interne générale, a mentionné une fibromyalgie et un pied en équin à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Les limitations fonctionnelles se présentaient sous la forme de crises de douleurs qui engendraient une diminution de la capacité de travail à 60%.
 - d.** En réponse aux questions de l'OAI, la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté, en juin 2019, de ce que l'assurée était atteinte d'un trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive (F43.22) et d'une fibromyalgie, affections qui n'avaient cependant en l'état pas d'influence sur la capacité de travail, dans la mesure où elle avait repris son emploi à 100%.
 - e.** Le 16 septembre 2019, l'OAI a accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme de cours de yoga, renouvelées en avril 2020.
 - f.** L'assurée a présenté un nouvel arrêt de travail à 50% dès le 15 novembre 2019, augmenté par les médecins du service de rhumatologie des HUG à 60% dès le 6 janvier 2020 et à 80% dès le 11 février 2020, dans le contexte de la découverte d'un diagnostic de spondylarthrite axiale avec sacro ilite radiologique.
 - g.** Dans un rapport de février 2020, la Dre E_____ a indiqué que l'assurée ne pouvait travailler à plus de 50% dans son activité habituelle, en raison d'une péjoration de son état thymique liée à la découverte de la spondylarthrite.
 - h.** Selon un rapport du 25 février 2020 de la consultation ambulatoire de la douleur aux HUG, l'assurée présentait trois types de douleurs différentes : des douleurs localisées dans les pieds, pouvant être accompagnées de douleurs dans

les omoplates, les clavicules et les coudes, ayant mené au diagnostic de fibromyalgie ; des douleurs fluctuantes localisées dans la base du pouce des deux côtés, irradiant dans l'index au niveau de la main droite, attribuées à une rhizarthrose bilatérale ; enfin, des douleurs du bassin prédominant en postérieur et irradiant en lombaire et dans les fesses des deux côtés, qui avaient mené à un diagnostic de spondylarthrite ankylosante.

i. Le 11 mai 2020, la docteure F_____, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait des signes compatibles avec l'activité de sa spondylarthrite, au plan axial comme périphérique, avec probable arthrite de l'épaule gauche, et possible épisode de dactylite de la main du même côté. Il avait été convenu de majorer son traitement médicamenteux et de remplacer certains anti-inflammatoires.

j. Dans un rapport du 11 juin 2020, le Dr D_____ a mentionné que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé, en raison de douleurs aux épaules. La coiffe des rotateurs de l'épaule droite avait été opérée en 2013 et désormais l'épaule gauche, atteinte d'une tendinopathie sévère du supra et de l'infra épineux non fissuraire et d'une bursite sous-acromiale, était aussi symptomatique.

k. Le 10 juillet 2020, la Dre E_____ a fait état d'une amélioration de l'état psychique de l'assurée et indiqué qu'elle n'avait, pour l'heure, pas de limitations psychiatriques.

l. Le 18 décembre 2020, l'assurée a fait l'objet d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du sus-épineux, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie et s'est trouvée, de ce chef, en incapacité totale de travail jusqu'au 28 janvier 2021, selon certificat du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

m. Dans une lettre du 19 avril 2021 au Dr D_____, la docteure H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, nouvelle rhumatologue traitante de l'assurée, s'est interrogée sur le diagnostic de spondylarthropathie, dans la mesure où l'assurée ne présentait pas d'atteinte des sacro-iliaques, mais uniquement des enthésopathies.

n. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2021, la Dre H_____ a indiqué avoir changé la médication de l'assurée en faveur de l'Adalimumab, dès début juillet 2021, car les douleurs liées à la spondylarthrite ne progressaient pas avec l'ancien traitement. La fibromyalgie était quant à elle traitée par Cymbalta et Gabapentine. La bonne compliance de l'assurée l'amenait à vouloir tenter une reprise de travail à hauteur de 20%. Cependant, la position statique et le port de vaisselle lourde devaient être limités dans le temps au vu de la spondylarthrite insuffisamment contrôlée.

o. Le 28 juin 2021, le Dr G_____ a indiqué que l'état de l'épaule gauche de l'assurée était stabilisé et qu'elle pourrait reprendre son activité professionnelle de restauratrice dès le mois d'août à 40% au maximum.

p. Dans un rapport du 21 novembre 2021, la Dre E_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent et exposé que l'état de santé psychique de l'assurée évoluait par phases, souvent corrélées aux phases de la problématique somatique, mais pas uniquement. Le temps assez long pris pour poser le diagnostic de spondylarthrite et instaurer le traitement avait été une grande source de stress et de doutes, et avait beaucoup impacté la thymie et les aspects anxieux de l'assurée. Le taux de travail de 20% qu'elle réalisait actuellement induisait une fatigue importante et des douleurs et, en écho, les aspects thymiques étaient à la baisse. Il était vraisemblable que, dans le futur, la capacité de travail oscillât entre 0% et 20%, suivant les fluctuations des atteintes somatiques.

q. Dans un avis du 7 mars 2022, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a recommandé la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, les médecins traitants ne se prononçant notamment pas sur la capacité de travail de l'assurée, dans une activité adaptée.

Ladite expertise a été confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la docteure J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, qui ont examiné l'assurée les 4 et 26 août 2022 et rendu leur rapport le 19 octobre 2022.

La Dre J_____ a relevé que les diagnostics de fibromyalgie et de spondylarthrite retenus par les médecins traitants étaient pertinents et que la conduite thérapeutique était correctement menée. Seule la spondylarthropathie avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, la fibromyalgie, sous traitement, étant pratiquement asymptomatique lors de l'examen. Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : status après opération de l'épaule gauche et droite, tendinite d'Achille au décours, arthrose interfacettaire L5-S1 non inflammatoire, rhizarthrose gauche débutante, gonalgie, tatalgies et pubalgies, toutes sans substrat anatomique, discret épanchement trapézo-métacarpien non inflammatoire du poignet droit, discrète arthrose interphalangienne de la main droite, douleurs des épitrochlées, sans substrat anatomique et scintigraphique, et périarthrite de hanche droite au décours. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient majorées par rapport à la réalité de ses pratiques quotidiennes (plusieurs heures de marche par jour, pratique de la natation et du yoga, contacts sociaux, conduite du ménage étalée sur la semaine). Il existait aussi une divergence entre l'annonce d'une médication prise, notamment le Vimovo, et l'historique pharmaceutique. L'assurée n'avait pas été vraiment démonstrative lors de l'examen clinique, mais avait tendance à sursauter à la palpation de la nuque, des coudes, des chevilles et des pieds, alors qu'elle ne souffrait pas systématiquement dans ces zones à l'attention déviée. Comme le montraient les données radiologiques récentes (radiographie et échographie de la main et du poignet droits, échographie de la cheville droite du 7 septembre 2022 ; SPECT-CT et scintigraphie osseuse du corps entier du 15 septembre 2022), aucune des plaintes physiques n'était objectivable.

L'examen clinique de l'experte était aussi quasi vierge. La fibromyalgie et la spondylarthropathie ne se potentialisaient actuellement pas entre elles, du fait que la première maladie était pratiquement éteinte sous traitement ; en revanche, lorsque la fibromyalgie était active, elle pouvait influencer le ressenti douloureux global en l'accentuant. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'experte a indiqué qu'il fallait tenir compte des antécédents opératoires des deux épaules et retenu les limitations suivantes : pas de mouvements répétitifs en abduction couplée à la rotation externe, pas de travail soutenu des membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, port de charge jusqu'à 10 kg. Découlant des constatations de l'examen clinique, des données radiologiques récentes et des limitations fonctionnelles, l'experte jugeait la profession de serveuse encore adaptée à la spondylarthropathie, actuellement refroidie sous traitement de Cosentyx. L'assurée pouvait donc exercer son activité habituelle à un taux de 80%, sans diminution de rendement. La capacité de travail dans une activité adaptée requérant peu de manutentions, pas de port de charges de plus de 8 kg des deux côtés à bout de bras et de plus de 5-6 kg lors de manipulations répétitives avec les deux mains, et offrant la possibilité de varier les positions assise et debout, était entière, sans diminution de rendement. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail dans le temps, l'experte n'avait pas de raisons de s'écarter des incapacités données au fil du temps par les différents médecins spécialistes en rhumatologie, car elle ne pouvait « mettre en avant des arguments suffisants pour démentir la légitimité de ces arrêts de travail ». Il fallait donc admettre une incapacité de travail d'au minimum 80%, dès le 11 février 2020 jusqu'au jour de l'expertise, sachant que l'évolution de la capacité de travail dépendait avant tout de l'efficacité thérapeutique du traitement de fond, et que le Cosentyx avait été introduit en mai 2022.

Le Dr I_____ a relevé que les limitations évoquées par l'assurée étaient d'ordre somatique exclusivement, ce qui était corroboré par la psychiatre traitante qui, contactée par ses soins, avait confirmé qu'il n'y avait pas de limitations de la capacité de travail sur le plan psychiatrique actuellement. Il n'y avait, par ailleurs, aucun argument pour un trouble somatoforme et la fibromyalgie n'était pas un diagnostic psychiatrique. Le seul diagnostic psychiatrique retenu était celui de trouble dépressif caractérisé, en rémission complète (DSM-5 296.26 ; CIM-10 F32.5) et était donc sans répercussion sur la capacité de travail. La dépression récurrente pouvait toutefois rechuter à tout moment pour plusieurs raisons, mais dans le cas de l'assurée, elle était principalement influencée par l'état somatique. Sur le plan psychiatrique, l'assurée disposait ainsi d'une capacité de travail entière avec une performance également entière, depuis le 10 juillet 2020, date à laquelle la Dre E_____ n'avait plus retenu de limitations psychiques.

Sur le plan consensuel, les deux experts ont relevé qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été de mise durant l'été 2022, ce qui parlait en faveur d'un poids des souffrances peu important, étant donné que l'état psychiatrique de l'assurée était

directement influencé par l'état somatique. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était donc de 70% et entière dans une activité adaptée.

r. Le 11 novembre 2022, la Dre E_____ a contacté l'OAI pour l'informer de ce que l'assurée avait été traumatisée par le rendez-vous avec l'experte rhumatologue J_____, qui lui avait manqué de respect et avait tenu des propos dévastateurs.

s. À la suite de la demande du SMR visant à ce que les experts précisent, de manière consensuelle, l'évolution de la capacité de travail, ceux-ci, par courrier du 7 décembre 2022, ont maintenu leurs conclusions respectives et expliqué qu'une erreur figurait manifestement dans le *consilium*. La capacité de travail globale dans l'activité habituelle était bien de 80%.

t. Dans un avis du 19 décembre 2022, le SMR a proposé de suivre les conclusions des experts et retenu, en tant qu'atteintes à la santé, incapacitantes, une spondylarthropathie axiale et périphérique, ainsi qu'un status après opération de l'épaule gauche le 18 décembre 2020 et status après opération de l'épaule droite (lésion coiffe des rotateurs) en 2014. Dès le 11 février 2020, la capacité de travail de l'assurée était de 20% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et, dès le 21 janvier 2022, elle s'élevait à 80% dans l'activité habituelle, respectivement à 100% dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : activité avec peu de manutentions, pas de mouvements répétitifs en abduction couplée à la rotation externe, pas de travail soutenu des membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, port de charges limité à 10 kg occasionnel, à 8 kg à bout de bras et 5 kg à répétition, possibilité de varier les positions assis / debout deux fois par heure.

u. Le 23 février 2023, procédant à l'analyse de la perte de gain, l'OAI a tenu compte d'un salaire sans invalidité fondé sur les salaires statistiques pour une activité de niveau 2 dans le domaine de la restauration, en raison du fait qu'il existait des divergences entre le salaire mensuel annoncé et le compte individuel de l'assurée, qui faisait état de revenus plus bas et fluctuants années après années. Le revenu avec invalidité devait aussi être basé sur les statistiques, de sorte que la perte de gain s'élevait à 3.44%. L'OAI n'a pas accordé d'abattement sur le revenu avec invalidité.

v. Dans un rapport du 23 mars 2023, la Dre E_____ a souligné que l'état psychique de l'assurée s'était progressivement péjoré depuis le dernier rapport de novembre 2021, avec une chute thymique nette depuis le mois de septembre 2022. L'assurée semblait fatiguée en permanence, consommait passablement d'antalgiques et de la cortisone en plus de son traitement de fond. La lenteur pour trouver un tel traitement de fond (déjà quatre essais) expliquait pour une partie l'état thymique, mais d'autres éléments y contribuaient. Le fait qu'elle ne pouvait plus travailler comme auparavant lui avait fait perdre une grande partie de ses relations sociales, ainsi que son rôle dans la société. Elle avait été progressivement envahie par des idées de honte et de dévalorisation, suivies par

un retrait social encore plus important. Son estime d'elle-même avait beaucoup souffert et elle se considérait désormais comme une charge pour sa famille. Elle ne parvenait plus à s'imaginer un avenir et était assaillie depuis quelques semaines par des idées de mort. La relation avec son mari était aussi devenue compliquée. L'expertise chez la Dre J_____ avait beaucoup contribué à péjorer l'état thymique de l'assurée. L'experte avait été insensible à ses signes d'épuisement, lui avait répété que son métier consistait à débusquer les fraudeurs, l'avait reprise sur les termes qu'elle utilisait pour décrire les douleurs dans son corps et avait dénigré le travail des autres médecins pour se gargariser de ses propres qualités. Après l'expertise, la Dre J_____ avait encore pris trois fois contact avec l'assurée, insistant sur ses capacités professionnelles à démasquer les fraudeurs. Depuis, l'assurée avait le sentiment que ses douleurs et limitations physiques n'étaient pas reconnues par le monde médical et était prise dans des mécanismes de culpabilisation et de dévalorisation. L'état de santé psychique actuel de l'assurée participait désormais à la limitation de sa capacité de travail. Le trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive qui avait jusque-là été retenu cédait désormais le pas à un épisode dépressif, dont les critères étaient remplis. La psychiatre traitante a, par ailleurs, décrit les limitations psychiques de l'assurée et exposé que cette dernière ne pouvait exercer d'activité professionnelle adaptée à plus de 20%.

w. Par projet de décision du 6 juin 2023, l'OAI a proposé que l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 80% du 1^{er} novembre 2020 au 30 avril 2022 et a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel. Il a tenu compte d'une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée, dès le 21 janvier 2022.

x. Le 5 juillet 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a communiqué ses observations à l'égard du projet de décision. Elle a fait valoir que l'évolution de son incapacité de travail était imprécise et que l'OAI avait retenu, à tort, une amélioration de son état de santé au 21 janvier 2022. La Dre J_____ avait, à ce propos, mentionné que sa capacité de travail s'était améliorée dès le mois de juillet 2022, à la suite de la mise en place du traitement de Cosentyx au mois de mai 2022. Elle avait ainsi le droit de bénéficier, à tout le moins, d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2022 en tenant compte d'un délai de trois mois à compter du 1^{er} juillet 2022. Au surplus, l'assurée a contesté les conclusions de la Dre J_____ au sujet de sa capacité de travail et allégué avoir tout au plus une capacité de travail de 50%, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, en référence aux prises de position de ses médecins traitants. L'experte n'avait par ailleurs pas été impartiale, ce qui contribuait à ôter toute valeur probante à son rapport et l'assurée sollicitait la remise de l'enregistrement de l'expertise. Elle a enfin relevé que la question de la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle pourrait se poser et soutenu qu'un abattement d'au moins 10% sur le revenu avec invalidité devait être

octroyé, aboutissant ainsi à un taux d'invalidité de 43% et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité après le 30 septembre 2022.

À l'appui de ses observations, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- courrier adressé par son avocate à la Dre H_____ le 6 juin 2023 ;
- rapport de la Dre H_____ du 9 juin 2023 mentionnant que l'appréciation de la Dre J_____ selon laquelle les plaintes de l'assurée n'étaient pas vraisemblables était erronée et précipitée. L'assurée était relativement jeune, attentive à faire au mieux du point de vue de sa prise en charge, avec une adhérence thérapeutique optimale et une hygiène de vie irréprochable sur le plan ostéoarticulaire. Elle pratiquait de l'exercice physique, de la sophrologie et du yoga au quotidien, sur la proposition de ses médecins, afin de ne pas être envahie en continu par ses douleurs et faire face à un épuisement constant. Un travail à 50% dans une activité non physique, par exemple de bureau, semblait adéquat. Le rendement de l'assurée était naturellement diminué car elle présentait une fatigue chronique et des douleurs chroniques avec des épisodes de poussées inflammatoires amenant à d'occasionnels arrêts médicaux. Les poussées inflammatoires pouvaient récidiver et parfois limiter les ports de charges à moins de 8 kg.

y. Le 18 juillet 2023, le SMR a considéré qu'il était surprenant que la Dre H_____ retienne une capacité de travail identique dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de bureau, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. Quant au rapport médical de la Dre E_____ du 23 mars 2023, il ne mettait en avant aucun élément clinique objectif, ni changement de traitement. En somme, les médecins traitants appréciaient différemment une même situation clinique. Le SMR maintenait donc ses conclusions, sauf concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse qui, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles déclinées par l'experte rhumatologue, n'était raisonnablement plus exigible.

z. Par décision du 13 octobre 2023, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 30 avril 2022 et refusé l'octroi d'autres mesures professionnelles.

- C. a. Le 13 novembre 2023, sous la plume de son avocate, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de la décision du 13 octobre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce que l'intimé produise l'intégralité de son dossier, y compris l'enregistrement de l'expertise réalisée par la Dre J_____, à l'audition des parties et des Drs H_____, E_____ et D_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique ; principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée du 1^{er} novembre 2020 au 30 septembre 2022 avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente à compter du 24^e mois

suivant l'exigibilité, et à ce qu'une rente d'invalidité illimitée dans le temps, d'un taux d'à tout le moins 61.5%, lui soit versée à compter du 1^{er} octobre 2022, toujours avec intérêts.

La recourante a notamment produit une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) des articulations sacro-iliaques du 2 août 2023 et un avis ostéoarticulaire du 30 août 2023 de la docteure K_____, du service de radiologie des HUG. Procédant à la relecture de toute l'imagerie réalisée depuis 2019, cette dernière a indiqué que les différents examens réalisés montraient surtout une arthropathie à caractère inflammatoire à gauche sur la partie moyenne avec une légère atteinte notamment érosive au niveau de la partie postéro-inférieure gauche. L'évolution ne montrait pas d'anomalie de l'os sous-chondral typique d'une maladie inflammatoire à type de sclérose, œdème flou ou remaniement graisseux. Cependant, le pseudo élargissement, la présence de ponts osseux et d'irrégularités parlaient en faveur d'une maladie inflammatoire possible. Il n'y avait pas d'autre enthésopathie spécifique dans le bassin. Le diagnostic d'une arthropathie mécanique n'était pas exclu mais peu probable vu le siège et l'évolution radiologique.

La recourante a aussi produit un rapport de la Dre H_____ du 30 octobre 2023 dans lequel cette dernière rapportait que la symptomatologie douloureuse chronique était très complexe au vu d'une spondylarthropathie d'emblée difficile à traiter compte tenu des diagnostics de fibromyalgie et de dépression surajoutés. L'IRM avait été répétée plusieurs fois en l'absence d'autres signes prouvant la composante inflammatoire et il n'y avait pas de concordance évidente entre l'imagerie et la clinique, probablement en raison d'une forme de spondylarthropathie frustrée, en présence d'un syndrome douloureux et d'une dépression envahissant totalement la vie de la recourante et ne lui permettant quasiment plus de fonctionner en-dehors de sa prise en charge médicale. La recourante présentait aussi une composante mécanique surajoutée à ses plaintes, avec des épisodes de tendinopathie et de bursite, par exemple des épaules. Elle faisait tout ce qui était possible au quotidien pour se soigner – notamment diverses activités physiques, suivi psychothérapeutique, adaptation de l'hygiène de vie, acceptation d'une médication immunosuppressive et pour le psychisme – et présentait malgré tout pour l'heure, une qualité de vie très insatisfaisante, incompatible avec une reprise professionnelle. Dans la mesure où le diagnostic de spondylarthropathie était une spondylarthropathie frustrée, sans détérioration imagerie osseuse claire, il était impératif que l'intimé comprenne que la qualité de vie de la recourante était très mauvaise et qu'elle avait besoin de temps pour mener à bien l'hygiène de vie nécessaire afin de gérer sa symptomatologie douloureuse chronique d'origine multifactorielle, ce qui rendait nécessaire l'octroi d'une rente d'invalidité d'au minimum 50%.

b. Dans sa réponse du 15 janvier 2024, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 12 janvier 2024 relevant que le début de l'aptitude à la réadaptation se situait

au mois de juillet 2022, soit trois mois après l'introduction d'un nouveau traitement, a modifié ses conclusions en ce sens que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle mais présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de juillet 2022. La décision litigieuse devait ainsi être modifiée et une rente entière d'invalidité être octroyée à la recourante du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022. Dans sa prise de position du 12 janvier 2024, le SMR a par ailleurs relevé que les nouveaux rapports médicaux produits à l'occasion du recours n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif, ni radiologiquement, ni cliniquement : le diagnostic de spondylarthropathie avait déjà été retenu par l'experte rhumatologue, de même que les atteintes des épaules et la fibromyalgie ; les experts avaient apporté de manière consensuelle leurs conclusions, en se basant sur des éléments objectifs, ainsi que sur l'analyse des indicateurs standards de gravité ; l'IRM récente ne mettait au surplus pas en évidence de nouvelle atteinte, la lésion de la sacro-iliaque étant stable.

c. Par réplique du 7 février 2024, la recourante a pris acte de ce que l'intimé modifiait sa position, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée jusqu'au 31 octobre 2022, en lieu et place du 30 avril 2022, et a persisté dans ses conclusions.

d. Le 6 mars 2024, l'intimé a communiqué à la chambre de céans un courrier qui lui avait été adressé le 1^{er} mars 2024 par la recourante, dans lequel elle sollicitait des mesures de réadaptation, notamment des mesures de réinsertion professionnelle tenant compte de ses limitations de santé. Il était en effet admis qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle et elle avait été licenciée par son employeur, avec effet au 30 juin 2024, justificatif à l'appui.

e. Dans sa duplique du 7 mars 2024, l'intimé s'est opposé aux mesures d'investigation complémentaires requises par la recourante et a persisté dans ses conclusions.

f. Par courrier du 10 juin 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique et rhumatologique aux docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a fixé un délai au 28 juin 2024 pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise annexée.

g. Par courrier du 26 juin 2024, la recourante a demandé l'ajout d'une question à la mission d'expertise, ce qui a été effectué ; elle ne s'est pas opposée aux noms des experts proposés. Par courrier du 27 juin 2024, l'intimé n'a fait valoir aucun motif de récusation et a demandé qu'un dosage sanguin soit effectué en cas de traitement psychotrope.

h. La chambre de céans a ordonné l'expertise bi-disciplinaire par ordonnance du 1^{er} juillet 2024.

i. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise en date du 15 octobre 2024. Dans leur appréciation consensuelle, ils ont considéré qu'il n'y avait pas de discordances significatives entre le volet rhumatologique et psychiatrique et ont estimé que la capacité de travail de la recourante dans l'activité exercée jusqu'ici était, sur le plan somatique de 50%, depuis le 11 février 2020 et sur le plan psychiatrique, de 50% depuis 2024. Il en était de même dans une activité adaptée. S'agissant des mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail, sur le plan rhumatologique, l'assurée devait suivre son traitement et faire de l'exercice régulièrement ; sur le plan psychiatrique, elle devait poursuivre une médication antidépressive et une hygiène de vie adaptée (yoga, méditation, médecine chinoise) qui permettaient de maintenir une capacité de travail à 50%.

j. Par déterminations du 19 novembre 2024, l'OAI a considéré que, d'un point de vue rhumatologique, les conclusions du rapport d'expertise ne pouvaient être suivies quant à la capacité de travail en raison du fait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. S'agissant de l'expertise psychiatrique, l'OAI a constaté que l'examen clinique ne faisait pas état d'une atteinte psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. Était joint en annexe un avis médical du SMR daté du même jour et qui détaillait les raisons pour lesquelles les experts avaient effectué une analyse différente d'un même état de fait.

k. Par courrier de son mandataire, daté du 19 novembre 2024, l'assurée a adapté ses conclusions aux résultats de l'expertise bi-disciplinaire et a conclu à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022 avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente, à compter du 24^e mois suivant l'exigibilité. L'assurée considérait que les rapports d'expertise déployaient une pleine valeur probante et qu'à partir du 1^{er} novembre 2022, l'intimé devait être condamné à lui verser une rente d'invalidité illimitée dans le temps d'un taux minimum de 61.5%, avec intérêts à 5% l'an, sur les arriérés de rente.

l. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

m. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

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.

2. Au vu des conclusions des parties, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2022, selon le courrier de l'intimé du 15 janvier 2024, dans la mesure où il n'est plus contesté qu'une rente entière doit être versée jusqu'au 31 octobre 2022, et non jusqu'au 30 avril 2022, comme retenu dans la décision querellée.
3. Par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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

3.2 Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, les mêmes principes généraux du droit intertemporel conduisent à 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 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Il sied par ailleurs de rappeler qu'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 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, dans la mesure où une modification de la situation de fait limitant le droit à la rente est intervenue, selon l'intimé, après cette date, et que les conclusions de la recourante portent sur la poursuite de la rente à partir du 1^{er} novembre 2022, les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5.

5.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

5.2 En vertu de l'art. 28b LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante (al. 4) :

taux d'invalidité	quotité de la rente
49%	47,5%
48%	45%

47%	42,5%
46%	40%
45%	37,5%
44%	35%
43%	32,5%
42%	30%
41%	27,5%
40%	25%

6. A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

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

8. 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).

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

Ainsi, 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

9.

9.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

9.2 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 134 V 322 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou lorsque celui-ci a cessé son activité depuis plusieurs années (ATF 129 V 222 ; arrêt du Tribunal fédéral I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1) ou lorsque l'absence d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_525/2021 du 31 mai 2022 consid. 6.2.1).

9.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant

qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêts du Tribunal fédéral 8C_625/2008 du 26 février 2009 consid. 3.2.1 ; 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545, et les références ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références).

9.4 Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas utilisé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

- 10.** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220

consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 11.** En l'espèce, l'intimé réfute les conclusions des experts judiciaires et considère que l'expertise bi disciplinaire du 15 octobre 2024 n'a pas de valeur probante.

La recourante, au contraire, considère que le rapport d'expertise bi disciplinaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et que ses conclusions doivent être suivies.

Il sied de rappeler que la chambre de céans avait considéré que, d'une part, en raison de certaines contradictions dans les rapports d'expertise administrative, et d'autre part, en raison des appréciations très différentes des experts mandatés par l'OAI et des médecins traitants de l'assurée, il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire bi disciplinaire.

Il convient d'examiner la valeur probante des rapports d'expertise du 15 octobre 2024.

11.1 S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique rédigé par l'experte M_____, il correspond aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un échange d'emails avec la psychiatre traitante de la recourante. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle et professionnelle et l'experte a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite de deux entretiens avec l'assurée.

La description de la journée-type ne permet pas de retenir de problématiques de nature psychiatrique, l'assurée se référant à ses douleurs somatiques. Au niveau de ses plaintes, elle se plaint du manque de compréhension de l'OAI et du manque de reconnaissance alors qu'elle se maintient en emploi malgré ses douleurs tout en ajoutant qu'elle souhaite travailler à 50% dans son activité actuelle. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail est le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, avec un premier épisode dépressif datant de 2013 lors de son licenciement de *Planet Caviar*. L'experte mentionne une santé psychologique évoluant par phases, en lien avec les atteintes et douleurs somatiques, tout en précisant que le traitement psychotrope mise également à

soigner, à la fois les troubles psychiques et les douleurs, ce qui est le cas de la duloxétine. Les limitations fonctionnelles mentionnées par l'experte ne se manifestent que lors de ces épisodes de rechute dépressive et consistent en une baisse de la thymie, une fatigabilité, une perte d'intérêt pour les activités et les personnes autour d'elle, des ruminations anxiodépressives, des crises d'angoisse, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, une perte d'espoir, une anhédonie, une aboulie et des troubles de la concentration et de l'attention. Ces symptômes peuvent générer une impossibilité de se rendre à un travail et d'exécuter les tâches demandées en tant que serveuse et limitent fortement les possibilités de gestion au quotidien. L'experte considère qu'il n'y a pas de discordance entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, ni entre les limitations alléguées des activités de la vie quotidienne. Les limitations du niveau d'activité sont uniformes dans tous les domaines.

S'agissant de l'activité sociale et des activités de la vie quotidienne, l'experte considère que le niveau d'activité sociale est dans la norme, l'assurée voyant régulièrement ses amis au yoga, ainsi que des couples d'amis, avec son mari. Elle maintient des contacts rapprochés avec ses deux filles, par messages et par téléphone.

En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, les tâches ménagères sont faites petit à petit et au rythme de l'assurée, qui fait les courses en petites quantités, régulièrement. Son mari s'occupe des tâches administratives. L'assurée décrit un même rythme de fonctionnement quotidien sur le plan social, depuis 2019, faisant face à plus de difficultés à tenir ce rythme lorsque les crises douloureuses apparaissent lors des rechutes dépressives.

L'experte mentionne les ressources résiduelles de la personne expertisée en indiquant qu'elle est capable de reprendre son activité professionnelle à 50% lors des rémissions de ces épisodes dépressifs. Sur le plan psychique, elle indique que l'assurée a investi son suivi psychiatrique de façon diligente jusqu'en mars 2024 et se dit capable de demander de l'aide et de reprendre un suivi si son état psychique devait se péjorer ; elle continue à prendre son traitement antidépresseur pour tenter de diminuer le risque de rechute et présente un certain nombre de ressources résiduelles sur le plan mental, car elle se connaît bien physiquement et psychiquement, prend soin d'elle en faisant du yoga trois fois par semaine et de la méditation. L'experte indique que les ressources sur le plan social sont bien présentes, avec de bons liens avec son mari et ses enfants et un réseau social développé.

Il faut néanmoins relever que, dans le questionnaire de l'échelle de dépression de Hamilton du 18 septembre 2024, joint au rapport d'expertise et complété par l'assurée, cette dernière indique qu'elle ne ressent pas un état de tristesse, d'impuissance ou d'auto dépréciation, elle se réveille parfois pendant la nuit, n'a pas de difficultés le matin et au travail n'a aucune agitation ; au niveau de l'anxiété, elle ressent des symptômes légers, soit une tension subjective et une

irritabilité et se sent fatiguée. Sur le plan de la perception subjective, ce test montre une personne qui n'a pas de symptômes dépressifs, ou uniquement des symptômes dépressifs légers.

Partant, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles sa capacité de travail serait réduite à 50%. L'experte explique cela par un état dépressif récurrent, qui est confirmé par l'avis médical de la Dre E_____ du 23 mars 2023, étant précisé que l'experte s'écarte, toutefois, de l'estimation de la capacité de travail retenue par la psychiatre traitante qui l'estime entre 0 et 20%, alors que l'experte retient une capacité de travail de 50%. S'agissant des conclusions de l'expert mandaté par l'OAI, le Dr N_____, l'experte s'en écarte en insistant sur son propre diagnostic de trouble dépressif récurrent, qui serait réalisé lorsque la personne présente « deux épisodes dépressifs dans le passé pendant au moins deux semaines, séparés par un intervalle de plusieurs mois sans perturbation significative de l'humeur » ce qui correspond à la définition donnée dans la CIM 10. En dehors de ce renvoi à cette définition, l'experte ne justifie pas davantage la pertinence de son diagnostic et déclare que, dès lors que le trouble dépressif récurrent est une maladie chronique faite de rechutes et de rémissions, l'incapacité de travail ne peut pas être de 100%, sans toutefois expliquer les raisons pour lesquelles elle retient une capacité de travail de 50% plutôt que de 70 ou 80%.

Ces conclusions sont peu convaincantes ; d'une part, le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'est pas suffisamment explicité par rapport à un trouble dépressif qui se manifesterait de temps à autre. D'autre part, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles, entre deux épisodes dépressifs, dont la sévérité n'est pas mentionnée, l'assurée ne disposerait pas d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique.

La chambre de céans considère donc qu'il existe une contradiction entre les éléments objectifs mentionnés dans le rapport d'expertise psychiatrique et les conclusions de l'experte en ce qui concerne la capacité de travail. Partant, le volet psychiatrique de l'expertise du 15 octobre 2024 ne peut pas se voir reconnaître de valeur probante.

Dans son rapport du 23 mars 2023, la Dre E_____ mentionne une péjoration de l'état psychique de l'assurée depuis le mois de septembre 2022, mentionnant notamment des idées de mort et une relation compliquée avec son mari, faite de culpabilisations et de reproches. L'expertise qui s'est déroulée chez la Dre J_____ est également décrite comme traumatisante, en raison de l'attitude apparemment soupçonneuse de cette dernière. En conclusion, la Dre E_____ mentionne que depuis novembre 2021, l'état psychique de sa patiente s'est péjoré au point qu'il « participe désormais à la limitation de la capacité de travail. Jusque-là un trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive était retenu, mais désormais les critères pour un épisode dépressif sont réunis ».

Cette conclusion ne correspond pas à celle retenue par l'experte, soit un trouble dépressif récurrent. On peut y voir un épisode dépressif de sévérité peut être moyenne par rapport à la description qui en est faite par la Dre E_____ mais certainement pas un trouble dépressif récurrent dès lors que la psychiatre reconnaît elle-même qu'il s'agit de la première fois que les critères pour un épisode dépressif sont réunis, alors qu'auparavant, il s'agissait d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive.

Le SMR fait les mêmes observations dans son avis médical du 19 novembre 2024, p. 3, et la chambre de céans partage son avis lorsqu'il estime qu'en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques actuelles, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail « préventive d'une rechute », ce d'autant moins que l'assurée dispose de ressources personnelles, familiales et professionnelles dans la mesure où elle est parfaitement capable d'exercer son activité habituelle à 50%. La description d'une journée-type faite par l'experte ne permet pas non plus de considérer qu'il existerait des limitations fonctionnelles homogènes chez l'assurée.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail de l'assurée, sur le plan psychiatrique, dans son activité habituelle qui est une activité adaptée, est complète.

11.2 En ce qui concerne le volet rhumatologique, le rapport de l'expert L_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée.

À la consultation, l'expert mentionne que la recherche de points douloureux pour une fibromyalgie est positive avec 18 points sur 18 et qu'il n'y a pas de signe de non organicité. Il retient comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail la fibromyalgie (M 79.7), une spondylarthrite ankylosante (M 45.09), ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil.

S'agissant des restrictions fonctionnelles, au regard de la fibromyalgie, l'expert mentionne qu'il faut prévoir des plages de repos quotidiennes, ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin et éviter les situations stressantes et privilégier une routine quotidienne.

En ce qui concerne la spondylarthrite ankylosante, il retient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, ne pas devoir monter ou descendre d'une échelle ou d'un échafaudage, ne pas devoir marcher sur un terrain irrégulier, ne pas devoir faire des mouvements répétés du rachis, ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin et prévoir des plages d'exercices quotidiens. En ce qui concerne le syndrome d'apnée du sommeil, la seule

limitation fonctionnelle retenue est de ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin.

L'expert explique que les trois problèmes de santé sont intrinsèquement liés et que la spondylarthrite et la fibromyalgie sont responsables de douleurs chroniques, obligeant à une activité physique régulière, ce qui le conduit à reconnaître une capacité de travail dans son activité actuelle, qui est adaptée, de 50% dès le 11 février 2020. Ces deux maladies obligent à alterner des périodes de repos et des périodes d'activité physique. L'assurée est décrite comme suivant son traitement scrupuleusement, y compris en ce qui concerne la nécessité d'une activité physique régulière.

L'expert exprime son désaccord avec les conclusions de la Dre J_____, qui ne tient pas compte de la chronicité de la fibromyalgie et de la spondylarthrite, bien qu'il partage son avis sur les limitations fonctionnelles. Il rejoint, en revanche entièrement les appréciations du médecin traitant de l'assurée, la Dre H_____.

S'agissant de l'avis médical du SMR du 12 janvier 2024, l'expert s'étonne que le SMR maintienne une capacité de 100% dans la profession habituelle, alors que l'assurée travaille à satisfaction, à 50%, dans cette activité de serveuse depuis 2021 et qu'elle désire continuer à travailler à ce taux. De plus, les conclusions du SMR liées à l'IRM du 2 août 2023 sont contestées, car même s'il existe une stabilité des lésions inflammatoires au niveau des sacro-iliaques, cela ne préjuge pas de la répercussion clinique de la maladie.

La chambre de céans observe que le rapport d'expertise du Dr L_____ remplit les réquisits jurisprudentiels et que ce dernier a bien motivé ses appréciations.

S'agissant de ses conclusions, elles sont contestées par le SMR qui, dans son rapport du 19 novembre 2024, constate que sur le plan rhumatologique, l'assurée a décrit à l'expert aller mieux, même s'il persiste des douleurs, une raideur matinale et une fatigue. Elle a pu augmenter ses capacités de travail de 20 à 50%. Le SMR considère que l'état de santé de l'assurée est inchangé, voire un peu amélioré sur le plan rhumatismal tout en estimant que le traitement est identique, les examens radiologiques ne relevant pas d'aggravation. L'examen clinique est superposable en ce qui concerne la spondylarthrite. En ce qui concerne la fibromyalgie, tous les points sont positifs actuellement alors qu'en 2022, seuls 2 points sur 18 étaient présents.

En d'autres termes, le SMR semble considérer que le rapport d'expertise du Dr L_____ ne présente pas de valeur probante en raison du fait que les examens radiologiques ne relèvent pas d'aggravation et que l'examen clinique est identique. Seule la fibromyalgie aurait progressé en raison du fait que 18 points sur 18 sont désormais positifs. Néanmoins, ces éléments ne permettent pas d'écarter les conclusions de l'expert L_____, uniquement du fait que les examens radiologiques n'ont pas relevé d'aggravation et que l'examen clinique est identique. Ce faisant, le SMR considère que les appréciations de la Dre

J_____ étaient probantes et que seule une aggravation démontrée objectivement par rapport aux appréciations de la Dre J_____ pourrait justifier de ne reconnaître qu'une capacité de travail de 50%.

En reprenant le rapport d'expertise de la Dre J_____, on constate que cette dernière a estimé que la capacité de travail était de 80% dans l'activité habituelle, du 21 janvier 2022 jusqu'à présent (rapport d'expertise du 19 octobre 2022, p. 68) et ce, malgré le fait que l'experte mandatée par l'OAI mentionne que les plaintes de l'assurée ne sont actuellement pas vraisemblables, sans corrélation avec le dossier, la consultation clinique et les examens complémentaires (rapport d'expertise du 19 octobre 2022, p. 64). Il y a toutefois une contradiction avec ce qu'elle écrit en p. 67, sous ch. 8.1 où la capacité de travail est évaluée par elle à 32 heures par semaine depuis début juillet 2022, puis, elle distingue la capacité de travail dans l'activité habituelle (80%) de celle dans une activité adaptée (100%) alors même que de l'avis de l'assurée, de son médecin traitant et de l'expert L_____, l'activité habituelle est une activité adaptée. Cette distinction que fait la Dre J_____ entre l'activité de serveuse et une activité adaptée n'a donc pas lieu d'être.

En conclusion, pour les raisons déjà expliquées dans l'ordonnance d'expertise du 1^{er} juillet 2024, les conclusions de la Dre J_____ ne peuvent pas être suivies.

Rien ne justifie qu'en présence d'appréciations différentes du même état de fait, la chambre de céans retienne, comme le soutient le SMR, les conclusions de la Dre J_____ au détriment de celles du Dr L_____.

En effet, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ce qui n'est pas le cas, en l'espèce, et ce qui n'est pas allégué par le SMR dans son avis médical du 19 novembre 2024, qui considère que l'appréciation de l'expert L_____ est une appréciation différente (de celle de la Dre J_____) d'un même état de fait, mais ne relève ni de contradictions, ni d'éléments qui mettraient en doute la valeur probante de ladite expertise judiciaire.

Étant précisé que l'estimation, par l'expert, de la capacité de travail de l'assurée de 50%, dans toute activité, concorde avec celle du médecin traitant de l'assurée, la rhumatologue H_____, comme cela ressort de son rapport médical du 9 juin 2023.

Partant, la chambre de céans considère que l'expertise du Dr L_____ réunit les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et fait siennes les conclusions de l'expert selon lesquelles la capacité de travail dans l'activité

actuelle de la recourante dans la restauration et dans toute autre activité professionnelle adaptée est de 50%.

11.3 Il sied à présent d'établir le taux d'invalidité de la recourante, au regard de la capacité de travail de 50% dans toute activité, retenue par l'expert L_____.

Après réception du projet de décision de l'OAI du 6 juin 2023 qui fixait le revenu sans invalidité à CHF 55'758.- et le revenu avec invalidité à CHF 53'840.- (en distinguant l'activité habituelle d'une activité adaptée), le mandataire de l'assurée a réagi dans un courrier du 5 juillet 2023, en faisant remarquer qu'un abattement de 10% devait être appliqué, en raison des limitations fonctionnelles de sa mandante. Il relevait, en outre, que si la capacité résiduelle de travail n'excédait pas 50%, un abattement de 10% devait de toute manière être appliqué, en application des nouvelles dispositions de la LAI.

Cela étant, il ne critiquait pas le montant annuel retenu avec et sans invalidité par l'OAI, mais uniquement l'absence d'abattement.

Le revenu sans invalidité de l'assurée a été calculé, selon la note de travail du 16 mai 2023, en se fondant sur les tabelles de l'ESS dans le domaine de la restauration dans lequel l'assurée exerçait depuis 2001, en raison du fait que les gains de l'assurée avaient été fluctuants, dans son activité professionnelle d'employée de restauration, selon les données figurant dans son compte individuel AVS, pour les années 2015 à 2022. Le revenu sans invalidité retenu de CHF 55'758.- (au 21 janvier 2022) ne prête pas le flanc à la critique et correspond à une activité à la fois habituelle et adaptée.

Ainsi, le taux correspondant à la capacité de travail de 50% se confond avec le taux d'invalidité.

Néanmoins, comme le relève le mandataire de la recourante, il y a lieu d'appliquer un abattement de 10%.

En effet, à partir du 1^{er} janvier 2022, suite à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est automatiquement opérée sur la valeur statistique, ce qui correspond, dès le 1^{er} janvier 2022, à un taux d'invalidité de 55%.

Partant, dès le 1^{er} novembre 2022 et en application du nouveau droit, la recourante a droit à une rente correspondant au taux d'invalidité de 55%, soit 55% d'une rente entière (art. 28b al. 1 et 2 LAI).

Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur. Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler

qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Compte tenu de cette modification, dès le 1^{er} janvier 2024, le taux d'abattement est porté de 10% à 20% ; le nouveau taux d'invalidité de la recourante s'établit à 60% (50% + [20 x 50 / 100 = 10]), donnant droit à une rente équivalente à 60% d'une rente entière.

En conclusion, au vu des nouvelles déterminations de l'OAI, résultant de sa réponse du 15 janvier 2024, valant reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), une rente d'invalidité entière est octroyée à la recourante, du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022.

Dès le 1^{er} novembre 2022, la recourante a droit à une rente d'invalidité correspondant à 55 % d'une rente entière.

Dès le 1^{er} janvier 2024, la recourante a droit à une rente d'invalidité correspondant à 60% d'une rente entière.

Étant rappelé que la recourante a droit au paiement d'intérêts moratoires de 5%, sur les arriérés de rente, dès le 24^e mois suivant l'exigibilité, selon l'art. 26 al. 2 LPGA.

11.4 La recourante demande une comparution personnelle et l'audition de ses médecins traitants. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans rejette cette demande d'instruction, qu'elle juge inutile dans la mesure où la recourante et ses médecins traitants ont eu largement l'occasion de s'exprimer par écrit, ce qui rend leur audition superflue.

11.5 En ce qui concerne les frais de l'expertise judiciaire, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme

indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Tel n'est pas le cas en l'espèce, l'OAI ayant mandaté deux experts en matière psychiatrique, quand bien même leurs appréciations divergent de celles des experts judiciaires désignés par la chambre de céans.

12.

12.1 Les frais d'expertise sont laissés à la charge de l'État.

12.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]).

12.3 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 13 octobre 2023 en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière, du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022, puis à une rente correspondant à 55% d'une rente entière, du 1^{er} novembre 2022 au 31 décembre 2023, puis à une rente correspondant à 60% d'une rente entière, dès le 1^{er} janvier 2024.
4. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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