

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/119/2024

ATAS/165/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2025

Chambre 16

En la cause

A _____
représentée par Me Déborah GREAUME, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, Présidente ; Yves MABILLARD et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____, ressortissante suisse née au Kenya le _____ 1964 et arrivée en Suisse en 1972, vit à Genève avec son époux, leurs trois enfants majeurs, nés les _____ 1999, _____ 2001 et _____ 2003, et le bébé de leur fille aînée. Son fils cadet, Monsieur B_____, souffre d'un syndrome de X fragile, d'une déficience intellectuelle sévère et d'épilepsie. Auparavant active professionnellement, elle a arrêté de travailler à la naissance de sa fille aînée, sous réserve d'une activité de quelques mois dans l'enseignement de la langue anglaise en 2012.

b. Par formulaire reçu par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : AI et OAI) le 11 janvier 2023, l'assurée a formulé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente) en raison de la dépression dont elle souffrait depuis 18 ans.

À l'appui de sa demande, elle a produit un rapport médical de la docteure C_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 20 septembre 2022, à teneur duquel sa patiente rapportait une thymie triste instaurée depuis des années, notamment depuis les problèmes de santé de son fils, sans qu'elle n'ait bénéficié de suivi psychiatrique ou de traitement médicamenteux. Elle était venue à sa consultation à deux reprises, en janvier puis en juillet 2022. Lors de ces consultations, elle présentait une thymie triste, associée à une diminution de l'attention et de la concentration, une diminution de l'élan vital, une anxiété importante, une diminution de l'estime de soi, une auto-dévalorisation, des ruminations anxieuses autour de sa situation sociale et financière, des troubles du sommeil sous forme de troubles de l'endormissement, des idées noires. Cette symptomatologie confirmait le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2). D'un point de vue psychopathologique, elle présentait une certaine réticence à faire des demandes, même justifiées, et une subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont elle dépendait, ce qui correspondait à des traits d'une personnalité dépendante (F60.7).

c. Le 29 janvier 2023, l'assurée a répondu au questionnaire sur le statut. Elle n'exerçait pas d'activité professionnelle. Elle n'en exerçait pas non plus avant l'atteinte à la santé. Elle s'occupait de son fils en situation de handicap. En bonne santé, elle n'exercerait pas non plus d'activité professionnelle, vu son fils qui était à la maison toute la journée et son extrême dépression.

d. Le 17 avril 2023, le Dre C_____, qui n'avait pas revu sa patiente depuis son dernier rapport, a transmis un nouveau rapport à l'OAI, reprenant et complétant les éléments figurant dans le précédent. S'agissant de la journée type, la patiente disait s'occuper principalement de son fils cadet (habillage, nourriture, accompagnement pour ses divers déplacements, rendez-vous médicaux). Elle présentait une diminution de sa capacité de prise d'initiatives pour l'organisation de la vie quotidienne, une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution

de l'élan vital, une fatigabilité pendant la journée, une lenteur dans l'exécution des tâches, une anxiété et une faible tolérance au stress. Elle n'avait pas de réseau social et ne pratiquait pas d'activité pour elle-même. Au vu du suivi très court (deux consultations), elle ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de l'état de santé. Un suivi psychothérapeutique régulier pouvait être bénéfique pour sa patiente, qui ne souhaitait pas prendre de traitement médicamenteux.

e. Le 2 juin 2023, la docteure D_____, médecin du service médical régional de l'AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), a proposé de demander un examen psychiatrique au SMR ou une expertise psychiatrique.

Le suivi psychiatrique avait été espacé et très court, et en l'absence de traitement médicamenteux, le SMR avait des doutes quant à la sévérité de l'atteinte alléguée par la psychiatre traitante. Le début de l'incapacité de travail n'était pas connu.

f. Le 12 septembre 2023, un médecin du SMR, le docteur E_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mené un examen clinique psychiatrique de l'assurée, à la suite duquel il a rendu un rapport le 5 octobre 2023.

Aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail n'a été retenu sur le plan psychiatrique. Ont été retenus, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et des troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25).

Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail durable. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'enseignante d'anglais dans une école privée était de 100%, tout comme dans une activité adaptée, et ce, depuis le début de la vie professionnelle.

g. Le 10 octobre 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

B. a. Le 10 novembre 2023, l'assurée s'est opposée au projet de décision et a sollicité une instruction médicale complémentaire auprès d'un second médecin examinateur.

Ce n'était qu'au prix d'une analyse rapide et incomplète que le SMR parvenait à nier l'existence d'une atteinte à la santé sévère et durable, pourtant patente, attestée par la Dre C_____ et mise en lumière par les professionnels de santé assurant le suivi de son fils en situation de handicap.

À l'appui de son opposition, elle a produit trois pièces, soit un courriel du 6 novembre 2023 de Monsieur F_____, moniteur et assistant de son fils, un certificat médical du 8 novembre 2023 du docteur G_____, médecin spécialiste FMH en neurologie suivant son fils, et un certificat du 9 novembre 2023 du professeur H_____, médecin adjoint agrégé responsable de l'unité de neurologie

pédiatrique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) suivant son fils depuis une quinzaine d'année.

b. Le 16 novembre 2023, la Dre D_____ a rendu un avis médical pour le SMR. Les rapports médicaux reçus n'émanaient pas de médecins ayant examiné l'assurée, mais de médecins de son fils, qui n'étaient pas psychiatres. Ils n'apportaient aucun argument en faveur d'éléments nouveaux n'ayant pas été pris en compte par le Dr E_____ dans son évaluation. Ils ne dénotaient aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le SMR ne modifiait pas ses conclusions précédentes.

c. Par décision du 24 novembre 2023, notifiée le 27 novembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, l'assurée ne présentant pas d'atteinte à la santé invalidante.

- C.**
- a.** Par acte du 12 janvier 2024, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation, à la confirmation de son droit à une rente entière d'invalidité, à l'injonction à l'OAI d'ouvrir le droit à des prestations de l'AI, ainsi qu'à la condamnation de l'OAI en tous les frais et dépens. Préalablement, elle demandait la comparution personnelle des parties ainsi que l'audition de la Dre C_____ et du Prof. H_____ et, subsidiairement, proposait le renvoi à l'OAI pour complément d'instruction avec nouvel examen médical, voire nouvelle expertise globale (psychiatrique et physique).

Le rapport du SMR du 5 octobre 2023 contenait des nombreuses discordances, notamment quant au déroulement d'une journée type. Il ne prenait pas en considération ses douleurs chroniques ni son épuisement physique et psychique. Il écartait à tort le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

b. Par réponse du 8 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le rapport du SMR remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en ressortait que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant une influence sur sa capacité de travail. L'examen des indicateurs permettait de confirmer l'absence d'incapacité de travail. L'examen clinique n'objectivait aucune atteinte psychiatrique invalidante. L'absence de traitement antidépresseur, sans hospitalisation psychiatrique, avec un suivi psychiatrique ponctuel, plaidait aussi indirectement contre un trouble incapacitant, contre une décompensation du trouble de la personnalité, et contre des limitations fonctionnelles significatives. L'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et qu'elle disposait de ressources préservées. Le psychiatre du SMR avait tenu compte de tous les éléments figurant au dossier et expliqué les raisons pour lesquelles il s'éloignait des diagnostics retenus par la Dre C_____.

c. Par réplique du 19 juillet 2024, l'assurée a maintenu son recours.

La Dre C_____ avait mis en évidence des éléments objectifs vérifiables qui avaient été écartés à tort dans l'évaluation médicale du SMR. À ces éléments s'ajoutaient de nouveaux éléments, soit le fait qu'elle avait dû consulter les urgences psychiatriques en raison de son épuisement psychique le 2 mars 2024 et qu'elle avait été orientée vers un suivi psychiatrique ambulatoire. Depuis le 9 avril 2024, elle était suivie par la docteure I_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, une fois tous les quinze jours. Deux psychiatres et une psychologue attestaient de sa dépression.

À l'appui de sa réplique, elle a produit trois pièces :

- dans un rapport d'évaluation des urgences psychiatriques du 2 mars 2024, le docteur J_____, médecin interne au service des urgences, indiquait que le problème pris en charge était un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Il s'agissait d'une patiente de 59 ans, sans antécédent psychiatrique connu, qui consultait les urgences psychiatriques spontanément en raison d'un épuisement psychique dans le contexte de multiples facteurs de crises (père en fin de vie, proche aidante de son fils avec handicap lourd, problèmes de santé du chien). L'évaluation psychiatrique mettait en évidence des éléments dépressifs, sans idée suicidaire ni velléité auto- ou hétéro-agressive. Il n'y avait pas d'indication à une hospitalisation en urgence et la patiente était orientée vers un suivi ambulatoire ;
- dans une attestation du 14 avril 2024, Madame K_____, psychologue, indiquait connaître l'assurée depuis dix ans. Elle avait suivi l'évolution de son état et l'avait soutenue de manière informelle face à ses difficultés quotidiennes qu'elle assumait seule. Elle avait en plus de cela la responsabilité de son fils qui souffrait du syndrome de l'X fragile avec des épisodes épileptiques très fréquents. En tant que professionnelle de la santé mentale, elle se faisait un réel souci pour l'état psychologique de l'assurée. Cela faisait des années qu'elle la voyait tenir le coup malgré de multiples difficultés et elle la sentait de plus en plus à bout de souffle. Tous les symptômes dépressifs qu'elle observait chez l'assurée malgré son envie de faire bonne figure la poussait à rédiger cette attestation ;
- dans un certificat médical du 13 juillet 2024, la Dre I_____ attestait suivre l'assurée depuis le 9 avril 2024 à raison d'une fois tous les quinze jours. Elle présentait une symptomatologie anxiodépressive qui se caractérisait par une thymie triste, un affect congruent et mobilisable, une attitude de vie pessimiste, un élan vital diminué, une anhédonie, une hyperfatigabilité journalière avec une diminution de la concentration. Une anxiété anticipatoire avec des ruminations envahissantes était mise en évidence et cela en lien avec une situation de vie compliquée et stressante, source de détresse considérable et de douleur morale. La difficulté de prise en charge de son fils ainsi que ses multiples décompensations avaient « usé » la patiente depuis 20 ans avec un affaiblissement de ses mécanismes de défense. Sa tristesse, la perte de l'espoir

dans un avenir meilleur, l'épuisement physique et psychologique avaient également un impact sur son sommeil, perturbé sous forme d'une insomnie d'endormissement et d'un sentiment de fatigue depuis le réveil. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) était retenu. En terme de limitations fonctionnelles, la patiente présentait une vulnérabilité au stress avec risque de péjoration de son état dépressif et isolement, d'hyperfatigabilité journalière avec limitation du rendement, diminution de la capacité de concentration avec lenteur dans le travail, faible capacité d'adaptation au changement, estime de soi diminuée, difficultés dans la gestion des émotions et démarche douloureuse suite à un probable dysfonctionnement articulaire (genoux) que la patiente n'avait pas investigué. Elle n'avait pas vu de médecins depuis de nombreuses années malgré ses problèmes physiques (douleurs articulaires, démarche difficile). Cette négligence à soi était à interpréter dans le contexte d'une symptomatologie dépressive qui évoluait depuis des années.

d. Le 22 août 2024, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

Le rapport contenait une anamnèse complète ainsi que la description des plaintes subjectives de l'assurée, assorties de constatations objectives, de sorte que l'on pouvait en déduire que le médecin avait pris le temps nécessaire pour l'entendre et recueillir les données utiles pour établir son rapport. En plus de l'examen proprement dit, le médecin du SMR disposait des différents documents médicaux qui lui avaient permis de poser un diagnostic.

Dans l'avis médical du SMR du 20 août 2024 annexé, la Dre D_____ a conclu que les nouvelles pièces médicales n'apportaient pas d'éléments objectifs ou nouveaux en faveur d'une aggravation de l'état de santé, de sorte que le SMR ne modifiait pas ses conclusions précédentes. Le rapport d'évaluation des urgences psychiatriques du 2 mars 2024 concluait à un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Il y avait une thymie basse et une diminution de la capacité à éprouver du plaisir, mais pas de réduction de l'énergie, raison pour laquelle l'épisode dépressif n'avait pas été retenu. Tous les indices en faveur d'une atteinte sévère étaient négatifs et il était cité que l'assurée demandait une attestation pour son avocate. L'attestation de Mme K_____ émanait d'une psychologue qui avait suivi de manière informelle l'assurée et n'apportait pas d'élément objectif nouveau ou en faveur d'une aggravation de l'état psychologique. La Dre I_____ rapportait essentiellement les plaintes subjectives de l'assurée, et ne fournissait pas de status psychiatrique en bonne et due forme. Le suivi était bimensuel et pas hebdomadaire, aucun traitement psychotrope n'avait été introduit et la psychiatre ne se prononçait pas sur la capacité de travail. La prise en charge avait débuté après la décision litigieuse. Ces éléments parlaient en défaveur d'une atteinte sévère ayant un impact sur la capacité de travail.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) et en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais pour la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la conformité au droit du refus d'octroi des prestations de l'AI à la recourante.
3. **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 (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. et les références).

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en juillet 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 11 janvier 2023 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. La recourante affirme être invalide et demande une rente AI entière.

4.1 L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c ; art. 28 al. 1 LAI). Une rente au

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

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

4.3 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est fixée selon le tableau de l'art. 28b al. 4 LAI (al. 4).

4.4 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

- 5. 5.1** 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement

que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie

(ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

5.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

- catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) :
 - A. complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) :
 - expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) ;
 - B. complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) ;
 - C. complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) ;
- catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) :

limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « Degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

5.6 Le trouble de l'adaptation est une atteinte à la santé psychique qui n'est, en principe, pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante. Un trouble de l'adaptation dure rarement plus de six mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

Cependant, selon la CIM-10, le psychiatre peut préciser le diagnostic de trouble de l'adaptation au moyen de sept subdivisions, avec l'ajout d'un quatrième caractère. Ainsi, il peut diagnostiquer par exemple un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive brève (F43.20) ou avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Or, à la différence du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois. Dès lors, le trouble de l'adaptation peut sous certaines circonstances – qu'il appartient au psychiatre d'établir conformément à la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 –, être pertinent pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

5.7 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

- 6. 6.1** 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. 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).

6.2 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

6.3 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.

6.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 1^{re} phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Conformément à l'art. 54a LAI, des SMR interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (al. 1 et 2). Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 4). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). Lors de la détermination des capacités fonctionnelles (art. 54a al. 3 LAI), la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49

al. 1^{bis} RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

Ainsi, si l'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4), le juge peut néanmoins accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

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

6.4 Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

- 7. 7.1** 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

7.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

7.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, la recourante conteste l'absence d'atteinte à la santé invalidante retenue par l'intimé et demande l'octroi des prestations AI et d'une rente entière d'invalidité.

Pour rendre sa décision du 24 novembre 2023, l'intimé s'est fondé sur le rapport du médecin psychiatre du SMR, le Dr E_____. C'est donc la valeur probante de ce document qu'il convient d'examiner.

À titre liminaire, il y a lieu de relever que le médecin psychiatre du SMR a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Le cas d'espèce ne présentait pas de caractère interdisciplinaire, s'agissant d'un examen psychiatrique, et le SMR avait les ressources nécessaires pour l'effectuer, comme il l'a d'ailleurs fait, de sorte que l'intimé pouvait procéder par un examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Le rapport du 5 octobre 2023 ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, ce qui ne signifie pas que sa valeur probante doive être niée. Elle doit être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

En l'occurrence, le rapport du médecin psychiatre du SMR est fondé sur l'ensemble du dossier, récapitulé au début du rapport. Il comprend par ailleurs une anamnèse fouillée incluant notamment des anamnèses familiale, scolaire et professionnelle, psychosociale et psychiatrique, ainsi qu'un examen du contexte psychosocial. Il rapporte également les plaintes de la recourante et comporte une description de sa vie quotidienne. Il examine ensuite de manière détaillée le status psychiatrique. Après avoir exposé tous ces éléments, il procède à l'aide de ceux-ci à une analyse complète de la situation médicale sur le plan psychiatrique de la recourante et aboutit à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail de la recourante clairs, bien motivés et convaincants. Finalement, il analyse,

conformément aux exigences de la jurisprudence, les indicateurs jurisprudentiels pertinents.

Au vu de ce qui précède, le rapport du SMR répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

En synthèse, ce rapport exclut les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de personnalité dépendante et retient uniquement les diagnostics de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), tous deux sans répercussion sur la capacité de travail. Aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail n'a donc été retenu.

La recourante conteste les éléments retenus par le médecin psychiatre du SMR, notamment par rapport à sa journée type. Elle lui reproche de ne pas avoir pris en considération ses douleurs chroniques et son épuisement physique et psychique. Elle affirme finalement que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère a été écarté à tort.

Elle affirme ainsi que les faits retenus ne correspondraient pas à la réalité. Elle n'avait plus de réseau social amical, ni d'activité pour elle-même, n'allait plus au golf depuis quatre à cinq mois, ne pratiquait plus le tennis depuis deux ans, le patinage artistique depuis une année et la danse country depuis plus d'un mois. La femme de ménage venait trois heures par semaine en raison de ses difficultés à accomplir certaines tâches ménagères. Il était erroné d'affirmer qu'elle était capable de ressentir du plaisir et de la joie. Ses difficultés, sociales mais également physiques et psychiques, étaient principalement en relation avec la prise en charge quasiment à temps complet de son fils en situation de handicap. Son dévouement total pour son fils avait des répercussions concrètes sur sa santé psychique : elle était fragilisée, épuisée, profondément triste, régulièrement sujette à des crises de panique, des douleurs à l'estomac, des difficultés respiratoires, angoissée en permanence et ce depuis deux ans. Il y avait une réduction de son énergie, une augmentation de sa fatigabilité, un épuisement permanent, une incapacité à fonctionner, à sortir et des difficultés d'endormissement à répétition. Elle subissait par ailleurs des douleurs chroniques dans tout le corps (dos, genoux, épaule gauche), notamment dues à la manipulation de son fils. Vu les éléments qu'elle avait apportés à la procédure, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère aurait dû être retenu.

Cependant, il ressort du rapport du médecin psychiatre du SMR qu'il a investigué et analysé les éléments mis en cause par la recourante, sur la base du dossier et de l'examen de la personne effectué. Le médecin psychiatre du SMR indique en outre clairement et précisément pourquoi les diagnostics diffèrent de ceux de la psychiatre de la recourante et pourquoi il a retenu l'absence de caractère incapacitant de ceux-ci.

Ainsi, le contexte psychosocial comporte une analyse du réseau social de la recourante, qui a diminué depuis deux ans, soit depuis que son fils est à la maison à plein temps, ce qui concorde d'ailleurs avec les allégations de la recourante dans la présente procédure selon lesquelles ses difficultés sociales sont principalement liées à la prise en charge à temps presque complet de son fils en situation de handicap. La section sur la vie quotidienne détaille son quotidien et ses loisirs, constatant une diminution de ses intérêts, mais pas d'origine psychiatrique, liée au fait que depuis deux ans elle devait quasi continuellement s'occuper de son fils. Dans l'anamnèse psychiatrique, il est notamment relevé l'absence d'attitude analgique et de ralentissement psychomoteur ; un sentiment de détresse léger avec un discours plaintif, mais largement fluctuant en fonction des sujets abordés ; un discours cohérent ; l'absence de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ; des préoccupations concernant l'état de santé de son fils, sa prise en charge, sa probable admission au Centre de Jour, le deuil qu'elle devait faire quant à ce qu'elle projetait pour son fils, ses difficultés relationnelles avec son mari, ses difficultés financières ; l'absence de signes physiques d'anxiété et de crises d'anxiété aiguës à type d'attaques de panique ; s'agissant de la thymie, une humeur et un discours fluctuants en fonction des sujets abordés ; de la tristesse et de la colère en évoquant son investissement pour ses enfants et son mari ; l'existence d'une capacité de ressentir du plaisir et de la joie quand elle évoquait ses relations sociales, ses différentes activités (golf, danse country, méditation, gym, ski, patinage artistique) ; l'absence de diminution marquée des intérêts ou du plaisir pour les activités habituellement agréables sur le plan psychiatrique ; l'absence de réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité ; malgré la nuit stressante vécue avec l'opération de son père la veille, l'absence de symptômes de fatigue de type de bâillements, ralentissement, sédation ; malgré ses plaintes, l'existence d'une capacité à assurer la plupart des tâches ménagères, le reste de celles-ci étant assurées de longue date par une femme de ménage pour des raisons non psychiatriques ; sa capacité à assurer la préparation des repas, à s'occuper de ses parents et de son fils présentant un handicap significatif ; l'absence de perte d'estime de soi ; l'existence d'un sentiment de culpabilité mais ni excessive ni inappropriée ; l'absence de diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ; la capacité à gérer l'ensemble des tâches administratives de son foyer ; l'absence de modification de l'activité psychomotrice et de l'appétit ; les difficultés d'endormissement, dont la fréquence était difficilement quantifiable et à pondérer, dans la mesure où la recourante indiquait vouloir profiter du temps de tranquillité pour pouvoir faire ses recherches sur internet et s'occuper d'elle ; au niveau de la personnalité, l'absence de déviation stable et durable du fonctionnement par rapport aux attitudes culturellement attendues et acceptées. Ce qui précède démontre que les éléments critiqués par la recourante ont fait l'objet d'une investigation fouillée par les médecins du SMR.

Le psychiatre du SMR a ensuite repris ces éléments dans l'appréciation du cas, les récapitulant et les appréciant au début de son appréciation, constatant que la

recourante attendait de l'OAI une rente qui soit une forme de compensation quant à son investissement auprès de son fils et que les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne, étaient globalement conservées sur le plan psychiatrique. Il a par la suite traité séparément chaque diagnostic à la lumière de ces éléments et de l'ensemble du dossier, examiné le caractère incapacitant de chaque diagnostic retenu et expliqué pourquoi il s'écartait de l'appréciation de la psychiatre de la recourante.

Il a ainsi retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et non celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. La recourante avait vécu de nombreux facteurs de stress psychosociaux et avait présenté de façon fluctuante et en fonction des différents événements des symptômes dépressifs avec une tristesse, une fatigabilité, une diminution de la motivation, et ce, de façon légère et fluctuante. Le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé était écarté en raison de la faible intensité et de la variabilité des symptômes au cours du temps. Le trouble de l'adaptation était plutôt léger, dans la mesure où elle avait été en mesure de prendre en charge de façon régulière son foyer et ses enfants, avec en particulier son fils atteint d'un handicap grave. Elle avait été confrontée à des facteurs de stress supplémentaires six ans auparavant, lorsqu'il lui avait été annoncé que son fils ne pouvait plus venir à l'école l'après-midi, puis deux ans auparavant, lorsqu'il avait cessé d'être scolarisé et avait été mis en attente d'une place en Centre de Jour. L'assurée n'avait pas présenté de limitations fonctionnelles significatives et durables, de sorte que ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. S'agissant du trouble dépressif écarté, le médecin psychiatre du SMR a encore ajouté qu'elle était capable de ressentir du plaisir et de la joie et qu'il n'avait pas été possible d'objectiver une humeur triste à un degré nettement anormal et peu influencé par les événements, une diminution marquée des intérêts et du plaisir pour les activités normalement agréables et une diminution de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité, et ce, de façon constante et durable, en référence aux critères majeurs d'un épisode dépressif selon la CIM-10. Le médecin psychiatre du SMR a ainsi expliqué de manière convaincante pourquoi le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était retenu, pourquoi il n'avait pas de caractère incapacitant et pourquoi celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, était écarté.

Le médecin psychiatre du SMR a encore noté que le peu de consultations psychiatriques, qui s'expliquait par des facteurs extra-médicaux, n'était pas en faveur d'un poids de la souffrance significatif. Il a également noté des divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes, vu le décalage significatif entre l'intensité et la fréquence de la tristesse, la fatigue, le manque de motivation allégués et, d'une part, le comportement de la recourante durant

l'entretien, pendant lequel elle avait pu avoir une humeur variable en fonction des sujets abordés, faire preuve d'humour, être accessible à l'humour, ainsi que, d'autre part, les activités quotidiennes, une tristesse, une fatigue et un manque de motivation permanents tels que s'en plaignait l'assurée étant incompatibles avec le fait de pouvoir prendre en charge de façon durable son fils, sortir régulièrement, faire de la méditation et de la gym, s'occuper de ses parents et cuisiner très régulièrement des repas élaborés. L'assurée avait tantôt indiqué n'avoir que Netflix et l'alcool, puis indiqué avoir plusieurs activités et relations sociales. Ces divergences pouvaient raisonnablement s'expliquer par les traits histrioniques à type de dramatisation et d'hyperexpressivité émotionnelle.

Face à ces investigations fouillées et ces conclusions motivées et claires, la recourante invoque les rapports de la Dre C_____, pris en compte par le médecin psychiatre du SMR, qui, comme vu précédemment, a expliqué de manière convaincante pourquoi il s'en était écarté, étant rappelé que la recourante n'a consulté la Dre C_____ qu'à deux reprises, ceci à plusieurs mois d'intervalle.

Elle a ensuite produit un certificat médical du neurologue de son fils et un rapport d'un médecin adjoint agrégé responsable de l'unité de neurologie pédiatrique des HUG suivant son fils. Or, ces deux spécialistes ne sont pas psychiatres et la recourante n'est pas leur patiente. Elle a également produit un courriel du moniteur et assistant de son fils, qui n'apparaît pas être médecin et qui s'occupe lui aussi précisément de son fils, et non de la recourante.

Elle a aussi versé à la procédure un rapport d'évaluation des urgences psychiatriques, consultées le 2 mars 2024 dans la situation difficile qu'elle vivait, soit la fin de vie de son père qui avait été victime de deux accidents vasculaires cérébraux. Au-delà du fait qu'il est postérieur à la décision litigieuse, ce rapport, sans se prononcer sur la capacité de travail, aboutit au même diagnostic que le médecin psychiatre du SMR, soit un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, constate qu'une hospitalisation en urgence n'est pas indiquée et préconise un suivi ambulatoire, éléments qui ont plutôt tendance à confirmer les conclusions du médecin psychiatre du SMR, étant relevé que ce rapport précise que la recourante avait demandé une attestation de passage pour son avocat.

Elle a encore produit une attestation d'une psychologue qui la connaît depuis dix ans et indique l'avoir soutenue informellement, reconnaissant ainsi ne pas assurer de suivi de la recourante, de sorte que cette attestation ne peut être décisive.

Elle a finalement produit un certificat de la Dre I_____, consultée à la suite de sa consultation aux urgences psychiatriques. Or, cette psychiatre n'a initié un suivi de la recourante que le 9 avril 2024, et donc postérieurement à la décision litigieuse, et ceci, à raison d'une fois tous les quinze jours, a alors diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1), sans indiquer qu'il existerait un trouble dépressif récurrent, n'indique pas avoir introduit de traitement médicamenteux et ne se

prononce pas sur la capacité de travail, ceci alors qu'un épisode dépressif moyen n'est en principe pas incapacitant selon la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, la recourante, qui substitue par sa propre appréciation subjective celle du médecin psychiatre du SMR, n'invoque en définitive pas d'élément objectif précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, de mettre en œuvre un complément d'instruction.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est basé sur le rapport du SMR, qui revêt une pleine valeur probante, pour retenir l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI et ainsi opposer une suite négative à la demande de rente d'invalidité de la recourante. Le grief sera écarté.

Il s'ensuit que les demandes de comparution personnelle ainsi que d'audition de témoins et d'expertise de la recourante doivent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves, étant au surplus relevé que deux des témoins dont l'audition est sollicitée ne sont pas des soignants de la recourante, mais de son fils, de sorte que leur témoignage n'est en outre pas pertinent.

9. Pour ce qui est des autres prestations de l'AI, la recourante, représentée par une avocate, ne précise pas lesquelles elle sollicite, n'apporte aucune motivation à sa demande et, en l'absence de toute invalidité, de toute incapacité de travail et de toute intention de travailler, au vu de la situation de son fils, on ne voit pas quelle mesure elle serait susceptible de solliciter.
10. Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, sera rejeté.
11. Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI), et il ne lui sera pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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