



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1853/2019

ATAS/1204/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

CAISSE DE PENSION A_____ S.A., sise à LUCERNE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anne
TROIILLET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

et

Madame B_____, à GENEVE, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Me BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER
Sarah

partie
intéressée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après l'assurée ou la partie intéressée), née en 1967, a travaillé pour l'entreprise A_____ S.A. (ci-après l'employeur) à compter du 1^{er} juin 2008 en qualité de responsable des caisses à Genève et était affiliée auprès de la Caisse de pension A_____ S.A. (ci-après la Caisse de pension ou la recourante).
2. Le 12 janvier 2017, l'assurée a été licenciée.
3. Dès le 18 janvier 2017, l'assurée a été en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.
4. Par courrier recommandé du lendemain adressé à son employeur, l'assurée a contesté son licenciement, expliquant notamment qu'elle était, depuis plusieurs années, l'unique personne chargée de monter les cartons à l'économat, ce qui avait très fortement atteint son dos. Elle en avait informé ses collègues et avait dû consulter un médecin et effectuer des séances d'acupuncture. Ses maux de dos s'étant aggravés, elle avait d'ailleurs dû demander l'aide de ses collègues masculins.
5. En raison de lombo-sciatalgies droites présentes depuis une année, une imagerie à résonance lombaire (ci-après IRM) a été effectuée le 19 janvier 2017, constatant des troubles dégénératifs minimes à modérés sous forme de discopathies étagées avec une rupture de l'anneau fibreux postérieur en L4-L5 et une arthrose postérieure avec un épanchement articulaire entre L3 et S1 (rapport du 19 janvier 2017 du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie).
6. Le 6 février 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et des difficultés liées à l'emploi (Z56). L'assurée était en incapacité de travail totale.
7. Le 7 février 2017, une IRM des sacro-iliaques a constaté de très discrets signes de sacro-illite mieux visibles après injection de gadolinium (rapport du 7 février 2017 du Dr C_____).
8. Par rapport du 27 février 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante. L'assurée présentait des douleurs lombaires depuis plusieurs mois ; elle ne pouvait pas porter plus de 5 kg, elle devait éviter la station debout stationnaire et les mouvements de flexion ou d'extension du rachis. Sa capacité de travail était nulle depuis le 18 janvier 2017. Une autre activité adaptée n'était probablement pas exigible, mais le médecin attendait l'effet du traitement par Léflunomide débuté le 13 février 2017.
9. Par rapport du 6 mars 2017, le Dr D_____ a confirmé ses diagnostics. L'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité depuis le 18 janvier 2017.

10. A la demande d'Helsana Assurances S.A., assureur perte de gain maladie, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, par rapport du 10 mai 2017, diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec prédominance de perturbation d'autres émotions, anxiété, dépression, tension et colère (F43.23), des difficultés majeures liées à l'emploi (Z56), une rupture dans les rapports avec le partenaire (Z63.0) et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). L'incapacité de travail de l'assurée était totale.
11. A la demande de l'assureur perte de gain maladie, le Dr F_____ a confirmé ses conclusions. Le trouble de l'adaptation avait un impact considérable sur le fonctionnement de l'assurée (rapport du 10 juin 2017).
12. Le 10 juillet 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou l'intimé).
13. Par rapport du 27 juillet 2017, le Dr E_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité en raison de la spondylarthrite ankylosante. Il constatait d'importantes raideurs dorsales et lombaires ainsi qu'une diminution de l'ampliation thoracique. Le pronostic était réservé. Deux traitements (Léflunomide et Enbrel) avaient échoué et l'assurée était actuellement sans thérapie. Il proposait l'essai d'un nouveau biologique.
14. Dans un questionnaire daté du 27 juillet 2017, l'employeur a indiqué notamment que l'assurée devait parfois porter des charges jusqu'à 10 kg.
15. En raison de l'incapacité de travail de l'assurée, son contrat de travail a pris fin le 30 septembre 2017.
16. Par rapport du 13 octobre 2017, le Dr D_____ a signalé que l'assurée présentait une évolution défavorable avec une péjoration progressive de sa symptomatologie dépressive et anxieuse. Son état ne lui permettait pas de travailler.
17. Du 17 au 25 janvier 2018, l'assurée a bénéficié d'une évaluation commerciale et bureautique dans le cadre de mesures d'intervention précoce de l'assurance-invalidité.
18. A la demande de l'assureur perte de gain maladie, le Dr F_____ a, par rapport du 12 mars 2018, diagnostiqué une dysphorie/dysthymie (F34.1) et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). L'état clinique de l'assurée s'était amélioré d'une manière significative et il n'existait objectivement plus aucune raison justifiant une incapacité de travail.
19. L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une formation bureautique en individuel (du 12 février au 10 juillet 2018) et d'aide comptable (du 20 février au 25 juin 2018).
20. Le 11 avril 2018, le Dr E_____ a signalé à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis deux mois, avec une augmentation des douleurs lombaires. L'incapacité de travail à 100% dans toute activité persistait. Les limitations fonctionnelles observées étaient des raideurs matinales sévères de trois heures,

l'assurée devait changer de position toutes les 30 minutes et elle ne pouvait pas porter plus de 5 kg. A titre de traitement, le médecin a noté Humira et physiothérapie.

21. Par rapport du même jour à l'assureur perte de gain maladie, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait des lombalgies basses sévères à horaire inflammatoire. Le traitement consistait en une injection d'Humira toutes les deux semaines, et de la physiothérapie toutes les semaines. Outre les limitations fonctionnelles précitées, l'assurée ne pouvait pas faire des mouvements de flexion du rachis. Actuellement, il n'y avait pas d'activité adaptée raisonnablement exigible, ni de mesures de réinsertion possibles.
22. Le 11 avril 2018, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis le 21 mars 2018. Elle avait de plus en plus d'attaques de panique et des symptômes dépressifs. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.
23. A la demande de l'assureur perte de gain maladie, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a, par rapport du 7 juin 2018, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, une spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative selon critères ASAS 2009 (sacro-iliite sur l'IRM, psoriasis palmo-plantaire, rachialgies inflammatoires et anamnèse familiale positive, uvéite anamnestique). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une hypothyroïdie substituée et un status après cure du tunnel carpien droit.

En raison de son atteinte rhumatologique, elle présentait des limitations fonctionnelles (pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5 kg, la nécessité de pouvoir alterner les positions debout et assise toutes les 30 minutes, pas d'activité réalisée en position de porte-à-faux avec le buste, pas d'efforts de marche prolongée, pas d'exposition à des environnements humides ou à basses températures). L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, laquelle nécessitait aussi des travaux de manutention à l'économat, selon le cahier des charges décrits par l'assurée. Il n'y avait pas encore d'activité adaptée exigible puisque l'assurée souffrait d'un rhumatisme inflammatoire avec l'introduction récente d'un traitement biologique anti-TNF (Humira). Toutefois, le pronostic demeurait favorable, et une reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100% devrait être réalisable à partir du 1^{er} septembre 2018, à savoir dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

L'assurée se plaignait principalement de rachialgies qui prédominaient au niveau de la région lombo-sacrée, et de la région dorsale inter-scapulaire. Elles étaient mécaniques et inflammatoires et prédominaient plutôt en fin de nuit, en étant accompagnées d'une raideur matinale prolongée. Elle se plaignait de douleurs aux insertions, notamment aux talons et aux grands trochanters, et souffrait d'un psoriasis palmo-plantaire déjà nettement amélioré par l'Humira. Les anti-inflammatoires et la physiothérapie n'avaient pas été efficaces, en revanche

l'Humira semblait être meilleur sur les douleurs. La raideur matinale prolongée ne l'empêchait pas d'accomplir les tâches ménagères à son domicile, comme l'entretien de son logement, la préparation de ses repas et sa toilette personnelle.

L'assurée était collaborante, sans stigmates suggestifs d'une amplification des symptômes. Il existait un syndrome lombo-vertébral indéniable avec une restriction de la mobilité lombaire antérieure, latérale et postérieure, restriction qui était accompagnée de douleurs exquises aux sacro-iliaques parallèlement à des douleurs qui étaient rapportées au niveau du rachis lombaire bas et au rachis dorsal. L'assurée présentait une spondylarthrite ankylosante. Le traitement idoine qui venait d'être initié sous forme d'Humira (40 mg une fois chaque deux semaines) avait déjà eu un effet favorable sur la problématique du psoriasis, mais il n'avait pas encore déployé son effet thérapeutique quant à la problématique des douleurs et de l'ankylose rachidienne ; le pronostic devrait cependant être favorable vu qu'il n'y avait pas d'éléments manifestes en faveur d'un syndrome d'amplification de la symptomatologie. En cas d'échec avéré à l'Humira, l'assurée pourrait éventuellement bénéficier d'une modification du traitement anti-TNF (un traitement d'Enbrel, de Simponi ou de Cimzia, voire un traitement anti-IL 17 de Cosentyx). Enfin, il n'y avait pas de doute quant au suivi du traitement médicamenteux par l'assurée.

24. Par pli du 20 juin 2018, l'assureur perte de gain maladie a informé l'assurée que le versement des indemnités journalières prendrait fin le 31 août 2018. Selon l'expertise du Dr G_____, elle n'était plus apte à exercer son activité habituelle, soit responsable caisse et aide-comptable. Elle pouvait toutefois exercer une activité adaptée à plein temps, telles que des tâches domestiques, des tâches d'archivage ou de magasinier peu pénibles, ainsi que des tâches de contrôle et de surveillance. La perte de gain dans de telles activités étant inférieure à 25%, l'assurée n'avait plus droit aux indemnités journalières.
25. Par avis du 23 juillet 2018, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a relevé que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 18 janvier 2017 en raison d'un trouble dépressif réactionnel et d'une spondylarthrite ankylosante. L'expert psychiatre n'avait pas retenu d'atteinte incapacitante. L'expert rhumatologue avait, quant à lui, estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité, mais que le traitement qui venait d'être mis en place devrait rétablir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès septembre 2018. Il était, par conséquent, nécessaire de réévaluer la situation en septembre 2018, en sollicitant un rapport auprès du Dr E_____.
26. Le 30 août 2018, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail totale.
27. Le 11 septembre 2018, le Dr E_____ a indiqué à l'attention de la caisse de chômage que l'assurée était inapte au travail à 20% dès septembre 2018 ; elle était

inapte au travail à 100% depuis janvier 2017 et elle ne pouvait exercer aucune activité.

28. Par rapport du 16 septembre 2018 à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis le 11 avril 2018 et le traitement n'avait pas changé (Humira et physiothérapie). L'assurée présentait des douleurs matinales pendant deux heures, des douleurs nocturnes ; elle avait des difficultés à rester assise ou debout. L'incapacité de travail totale dans toute activité persistait. Le médecin ne pouvait pas se prononcer sur une reprise ultérieure du travail.
29. Par courrier du 20 septembre 2018 à l'attention de la caisse de chômage, le Dr D_____ a expliqué que l'état psychique de l'assurée s'était légèrement amélioré. Le Dr D_____ et le Dr E_____ souhaitaient qu'elle soit apte à travailler à 20%, dès septembre 2018, pour qu'elle puisse se sentir utile et valorisée. Ses douleurs dorso-lombaires et son état psychique étaient liés ; ses problèmes financiers pouvaient aggraver son état psychique, alors qu'une reprise de travail à 20% allait améliorer sa situation financière en attendant la décision de l'OAI.
30. Du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018, l'assurée a présenté une capacité de travail de 20% (certificats des Drs E_____ et D_____), ce dernier attestant ce degré de capacité pour le mois de janvier 2019 également.
31. Par rapport final du 11 octobre 2018, le docteur H_____ du SMR a proposé de suivre le rapport du Dr E_____ du 16 septembre 2018 qui mentionnait un état stationnaire malgré le traitement par Humira. Par conséquent, la capacité de travail était nulle dans toute activité en raison des limitations fonctionnelles trop importantes (douleurs nocturnes, raideurs avec dérouillage matinal de plus de deux heures et des difficultés à rester assise ou debout). Il n'existait donc pas d'aptitude à la réadaptation. Le Dr H_____ proposait une révision du dossier dans les deux ans.
32. Le 16 octobre 2018, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a clôturé le mandat d'intervention précoce.
33. Par projet de décision du 19 octobre 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Une copie du projet a été adressée à la Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie S.A., assureur décès et invalidité de la Caisse de pension.
34. Le 19 novembre 2018, la Caisse de pension a contesté l'octroi d'une rente entière d'invalidité en faveur de l'assurée. L'OAI devait examiner la question de l'exigibilité d'une activité adaptée et celle du traitement par Humira. Enfin, en cas d'octroi d'une rente, une révision devait intervenir dans un délai de six mois.
35. Par avis du 26 novembre 2018, le SMR a estimé que la Caisse de pension n'apportait aucun élément médical objectif nouveau permettant de modifier sa

position du 11 octobre 2018. Cependant, le SMR proposait de réinterroger le rhumatologue traitant.

36. Le 30 janvier 2019, le Dr E_____ a expliqué constater une péjoration de l'état de santé de l'assurée, avec des blocages lombaires à répétition sur une décompensation de sa spondylarthrite ankylosante. Il avait dû procéder à plusieurs infiltrations et rapprocher les injections d'Humira. L'incapacité de travail était totale dans une activité adaptée. Par ailleurs, il y avait eu des modifications dans le traitement, dans la mesure où il effectuait une injection par semaine d'Humira et trois infiltrations des sacro-iliaques. Enfin, le traitement était correctement suivi puisqu'il faisait lui-même les injections.
37. Par avis du 18 février 2019, le SMR a, en se fondant sur le rapport du Dr E_____ du 30 janvier 2019, considéré que ses conclusions du 11 octobre 2018 restaient valables. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis le 18 janvier 2017.
38. Par décision du 28 mars 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018. Une copie de cette décision a été adressée à la Caisse de pension.
39. Par acte du 13 mai 2019, la Caisse de pension a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation et subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. La recourante a fait valoir que le rapport du Dr E_____ du 16 septembre 2018 était très bref et entrainait en contradiction avec d'autres rapports qu'il avait établis. Par ailleurs, son avis du 30 janvier 2019 manquait de précision concernant les traitements prescrits. Il était surprenant que l'intimé se soit satisfait de tels documents et qu'il n'ait pas requis une expertise médicale, d'autant plus que le Tribunal fédéral ne considérait pas la spondylarthrite ankylosante comme une maladie invalidante pour la majeure partie des patients concernés. En l'occurrence, cette maladie semblait s'être déclarée chez l'assurée du jour au lendemain, soit après son licenciement, ce qui était surprenant pour une maladie qui évolue par poussées et s'installe dans le temps. En outre, l'intimé n'avait instruit ni la question des activités adaptées exigibles de la part de l'assurée, ni celle de la date du début du traitement par Humira, cas échéant des alternatives pouvant être proposées à l'assurée. Vu l'obligation de diminuer le dommage, l'intimé aurait dû instruire la question des traitements à suivre par l'assurée et au vu des rapports médicaux, il existait un doute sur la date exacte du début du traitement par Humira. En outre, les expertises attestaient une sédentarisation de l'assurée et l'interruption des séances de physiothérapie, alors que les activités sportives étaient fortement indiquées pour les personnes atteintes de spondylarthrite ankylosante.
40. Invitée à se déterminer, la partie intéressée a, par courriers des 21, 22, 23 et 26 mai 2019, expliqué notamment que dans son dernier emploi, elle était également responsable de l'économat des magasins à la rue I_____ et à la rue J_____, et

devait, deux fois par semaine, porter des cartons de 20 à 30 kg et répartir toute la marchandise dans les étages, dans les escaliers et les frigos. A plusieurs reprises, elle avait fait part de son mécontentement auprès de la direction. Elle s'était par ailleurs plainte de maux de dos auprès de son médecin généraliste et lui avait alors expliqué que si elle voulait conserver son emploi, elle n'avait pas le choix de continuer à porter des charges. Par ailleurs, elle contestait notamment ne plus effectuer des séances de physiothérapie, qu'elle avait débutées en novembre 2016.

A ses courriers, elle a joint, en particulier:

- une liste de traitements effectués du 9 mai au 2 novembre 2017 à la Thérapie de la Tourelle ;

- une liste des traitements effectués en 2018 au cabinet de physiothérapie K_____ ;

- un rapport d'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 25 octobre 2018 des docteurs L_____ et M_____, spécialisés FMH en radiologie, concluant que comparativement à janvier 2017, ils retrouvaient des signes d'une spondylarthropathie avec des discites florides en L2-L3 et L3-L4 d'aspect plus marqué ce jour associés à une enthésite des ligaments interépineux en L4-L5, épineux de L2 jusqu'à L5. Sur les coupes dédiées au bassin, ils retrouvaient également des signes de sacro-iliite discrets mieux visibles après injection et d'aspect stable par rapport aux comparatifs ;

- un courrier du 22 mai 2019 de Monsieur N_____, physiothérapeute, attestant suivre la partie intéressée une fois par semaine depuis le 18 mai 2018 ;

- une liste de présence de la partie intéressée du 1^{er} janvier au 22 mai 2019 établie par Wellness Sport Geneva Wilson et attestant qu'elle suivait les cours d'aquagym, aquatonic, aquabike, stretching, gym douce et Pilates.

41. Par réponse du 13 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Au vu des éléments médicaux objectifs figurant au dossier, c'était à juste titre qu'il avait conclu à l'absence de capacité de travail et mis la partie intéressée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Le pronostic avancé par l'expert rhumatologue n'était qu'hypothétique et principalement lié au résultat des traitements mis en place. Or, ceux-ci n'avaient pas déployé les effets escomptés. Enfin, le SMR avait préconisé une révision des prestations dans les deux ans.

42. Par réplique du 17 juillet 2019, la recourante a souligné que dans la mesure où la spondylarthrite ankylosante n'avait pas été reconnue par la jurisprudence comme maladie invalidante, l'intimé aurait dû mener de manière plus fouillée l'instruction.

L'unique expertise répondant aux exigences de la jurisprudence était celle du Dr G_____ du 7 juin 2018, concluant à une pleine capacité de travail exigible dès le 1^{er} septembre 2018. Le bref rapport du 16 septembre 2018 du Dr E_____ ne contestait pas formellement ces conclusions et n'apportait aucun élément probant permettant d'attester que l'incapacité de travail perdurait. Une expertise

rhumatologique, voire pluridisciplinaire, aurait dû être mise en place afin de déterminer si les douleurs avaient pour effet de restreindre la capacité de la partie intéressée à se mouvoir. Aucun des rapports du Dr E_____, sur lesquels s'était fondé l'intimé, ne décrivait l'activité exercée par la partie intéressée avant son incapacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles qu'elle présentait. Or, contrairement à ce qu'elle soutenait dans son courrier du 21 mai 2019, il n'était pas requis d'elle qu'elle soulève de lourdes charges dans son activité exercée auprès de son ancien employeur. L'instruction était lacunaire car elle ne portait ni sur les limitations fonctionnelles effectives de la partie intéressée, ni sur la nature de ses activités lorsqu'elle était employée chez A_____ S.A. En outre, l'intimé n'avait pas mené d'instruction sur la possibilité pour la partie intéressée de se réinsérer professionnellement. L'instruction était également incomplète s'agissant de la date exacte du constat de l'échec du traitement par Humira et de la mise en place de traitements alternatifs. L'intimé n'avait pas cherché à établir si la partie intéressée mettait effectivement tout en œuvre pour se soigner, notamment en suivant une activité sportive régulière ainsi que des séances de physiothérapie. Or, selon les pièces produites les 28 et 31 mai 2019, la partie intéressée avait suivi durant moins d'un mois, en 2018, des séances de physiothérapie, ce qui confirmait une interruption partielle du traitement.

La recourante a notamment produit un courrier daté du 3 juillet 2019 de l'employeur contestant les faits exposés par la partie intéressée concernant la gestion de l'économat ; elle était en charge de l'économat uniquement pour la boutique à la rue I_____ ; elle n'avait jamais eu à porter des cartons puisqu'un monte-charge était à sa disposition ; dès mai 2016, en raison des travaux dans les locaux, deux personnes étaient à sa disposition pour porter les cartons en cas de besoin ; la partie intéressée ne s'était jamais plainte de cette tâche.

43. Par duplique du 30 juillet 2019, l'intimé a persisté intégralement dans ses conclusions.
44. Par duplique du 21 août 2019, la partie intéressée, représentée par son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a rappelé qu'elle avait commencé dès le mois de novembre 2016 des séances de physiothérapie en raison de ses problèmes de dos et que dans un courrier recommandé à son employeur, elle lui avait signalé être en charge de monter les cartons à l'économat, ce qui avait atteint son dos ; que le Dr E_____ avait rendu des rapports cohérents et motivés ; qu'il avait pu constater que la situation ne s'était pas améliorée, ce qui ressortait également de l'IRM ; qu'elle avait suivi au départ un traitement à base de Léflunomide, puis un traitement par Humira dès le printemps 2018 ; qu'enfin, si elle n'avait pas pu se mobiliser pleinement pour améliorer son état de santé au moment où elle souffrait d'un état dépressif grave, depuis que sa santé psychique le lui permettait elle suivait régulièrement des séances de physiothérapie avec un spécialiste dans le traitement de sa maladie et des séances de gymnastique adaptées à son atteinte (aquagym, stretching, Pilates) auprès d'un fitness.

45. Le 30 août 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.
46. Le 3 septembre 2019, la partie intéressée a produit un rapport du Dr E_____ du 28 août 2019 rappelant avoir posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante le 13 février 2017 ; avoir débuté immédiatement un traitement par Léflunomide 20 mg (une fois par jour) stoppé après six semaines car il n'avait eu aucun effet ; puis la partie intéressée avait suivi un traitement de physiothérapie et de cortisone qui avait amélioré la situation, mais au début 2018 les douleurs s'étaient aggravées et le traitement par Humira (une injection tous les dix jours) avait débuté (le 14 avril 2018). Depuis, la situation était loin d'être stable, avec des crises inflammatoires sévères nécessitant des injections de cortisone. Le résultat de l'IRM du 25 octobre 2018 montrait clairement une aggravation de la situation clinique, dès lors que l'on voyait une extension de la maladie aux vertèbres L2-L3-L4.
47. Par écriture du 1^{er} octobre 2019, la recourante a réitéré que l'instruction était incomplète s'agissant de l'effet du traitement par Humira, ainsi que des alternatives possibles pouvant être proposées à la partie intéressée. Le Dr E_____ indiquait deux dates comme étant celles du début du suivi par la partie intéressée du traitement par Humira, soit celle du 27 juillet 2017, puis celle du 14 avril 2018. Son rapport du 28 août 2019 n'avait pas de force probante ; il ne précisait pas notamment les limitations fonctionnelles permettant de définir le type de travaux qui pouvait encore être raisonnablement exigés de la partie intéressée.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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.

2. À teneur 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA de la loi sur la procédure

administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 28 mars 2019 octroyant une rente entière d'invalidité à la partie intéressée.
5. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. a. 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).

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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. 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; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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 126 V 319 consid. 5a).
9. 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; ATF 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimé d'avoir mis la partie intéressée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018, sans avoir instruit correctement le dossier.

Afin de rendre sa décision litigieuse, l'intimé s'est fondé tant sur l'expertise rendue par le Dr G_____ que sur les rapports établis par le Dr E_____.

Par rapport du 7 juin 2018, le Dr G_____ a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative selon critères ASAS 2009 (sacro-iliite sur l'IRM, psoriasis palmo-plantaire, rachialgies inflammatoires et anamnèse familiale positive, uvéite anamnestique). En raison de cette atteinte rhumatologique, la partie intéressée présentait des limitations fonctionnelles (pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5 kg, la nécessité de pouvoir alterner les positions debout et assise toutes les 30 minutes, pas d'activité réalisée en position de porte-à-faux avec le buste, pas d'efforts de marche prolongée, pas d'exposition à des environnements humides ou à basses températures). L'expert a estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité, puisque la partie intéressée souffrait d'un rhumatisme inflammatoire avec l'introduction récente d'un traitement biologique anti-TNF (Humira). Toutefois, le pronostic demeurerait favorable et une reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100% devrait être réalisable à partir du 1^{er} septembre 2018, à savoir dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

La chambre de céans relèvera que l'expertise se fonde sur un examen complet de l'état de santé de la partie intéressée, prend en considération ses plaintes et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Quant à la description du contexte médical et à l'appréciation de la situation médicale, elles sont claires et les conclusions du Dr G_____ sont également dûment motivées. Partant, il ne peut être que constaté que ce rapport d'expertise a pleine valeur probante, ce que la recourante ne conteste pas au demeurant.

Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la partie intéressée présentait une spondylarthrite ankylosante entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au 31 août 2018 au moins.

On relèvera, à ce stade, que tant le diagnostic que l'évaluation du degré d'incapacité de travail retenus préalablement par le Dr E_____, rhumatologue

traitant (cf. rapports des 27 février, 27 juillet 2017 et 11 avril 2018) ont été corroborés par le Dr G_____.

S'agissant de la capacité de travail de la partie intéressée à compter du 1^{er} septembre 2018, l'intimé a estimé, sur la base des rapports établis par le Dr E_____, qu'elle ne s'était pas améliorée. La recourante fait valoir, quant à elle, que ces rapports n'ont pas de force probante.

On rappellera que l'expert a retenu, le 7 juin 2018, une incapacité de travail totale dans toute activité étant donné que le traitement par Humira, qui venait d'être initié par le Dr E_____, n'avait pas encore déployé son effet thérapeutique quant à la problématique des douleurs et de l'ankylose rachidienne. L'expert avait estimé toutefois que le pronostic devrait être favorable à compter du 1^{er} septembre 2018.

Interrogé par l'intimé, le Dr E_____, par rapport du 16 septembre 2018, a indiqué que l'état de santé de la partie intéressée ne s'était pas modifié depuis le 11 avril 2018; elle présentait des douleurs matinales pendant deux heures, des douleurs nocturnes, elle avait des difficultés à rester assise ou debout et l'incapacité de travail dans toute activité persistait. Le médecin n'avait pas modifié le traitement, qui consistait en des séances de physiothérapie et des injections d'Humira. Par rapport du 30 janvier 2019, le rhumatologue traitant a fait état d'une péjoration de l'état de santé de la partie intéressée, avec des blocages lombaires à répétition sur une décompensation de la spondylarthrite ankylosante. Il avait dû modifier le traitement, en procédant à plusieurs infiltrations des sacro-iliaques et en rapprochant les injections d'Humira (une par semaine). L'incapacité de travail totale dans une activité adaptée persistait.

La chambre de céans constate que ces rapports sont effectivement succincts, comme le relève la recourante. Cela étant, étant donné que le contexte médical de la partie intéressée avait déjà fait l'objet d'un examen clair et détaillé par le Dr G_____ le 7 juin 2018, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir posé plus de questions au rhumatologue traitant. Ce dernier a ainsi fait état, dans un premier temps, de l'absence d'une amélioration de la capacité de travail de la partie intéressée malgré le traitement par Humira, puis d'une aggravation de l'atteinte rhumatologique, avec, pour corollaire, une intensification du traitement prodigué.

Contrairement à ce que fait valoir la recourante, il n'y a pas, au dossier, d'éléments permettant de remettre en cause l'appréciation du Dr E_____. Au contraire, l'existence d'une aggravation de la situation clinique de la partie intéressée a été confirmée par les résultats de l'IRM effectuée le 25 octobre 2018. Par ailleurs, si le Dr E_____ a certes attesté l'existence d'une capacité de travail de 20% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018, ses certificats ne suffisent toutefois pas à remettre en cause l'incapacité de travail totale de la partie intéressée. En effet, vu la teneur claire du courrier du Dr D_____ du 20 septembre 2018 à l'attention de la caisse de chômage, il en résulte qu'une aptitude au travail à 20% n'a été établie, par le Dr E_____ et par le Dr D_____, que dans un but thérapeutique. Quant au

formulaire rempli le 11 septembre 2018 par le Dr E_____, faisant état de degrés d'incapacités de travail contradictoires, il n'a pas de valeur probante.

Par ailleurs, s'agissant des limitations fonctionnelles que présente la partie intéressée en raison de son atteinte rhumatologique, étant donné que celles constatées par l'expert correspondent à celles attestées par le Dr E_____ - l'expert retenant en plus l'absence d'efforts de marche prolongée et l'absence d'exposition à des environnements humides ou à basses températures - et au vu d'une incapacité de travail totale dans toute activité, l'intimé n'avait pas à instruire plus avant les questions des limitations fonctionnelles, des activités adaptées exigibles et d'une éventuelle réadaptation professionnelle, ou de la nature des activités exercées par la partie intéressée chez son ancien employeur, contrairement à ce que fait valoir la recourante. On relèvera en outre que si la partie intéressée est à même d'accomplir ses tâches ménagères (rapport d'expertise, p. 7), on ne saurait toutefois en conclure qu'elle présente une capacité de travail lucrative. En effet, lorsqu'elle effectue ses tâches ménagères, la personne assurée a la possibilité d'atténuer les effets de son atteinte à la santé, dans la mesure où elle dispose d'une plus grande liberté dans la répartition de son travail et peut solliciter dans un rapport raisonnable l'aide de ses proches (ATF 134 V 9 consid. 7.3.1).

En outre, s'agissant du début du traitement par Humira, la Chambre de céans ne voit pas de contradictions dans les rapports du Dr E_____. En effet, il apparaît que ce traitement a débuté en avril 2018 (cf. rapports des 11 avril 2018 et 3 septembre 2019 du rhumatologue traitant) et que le rapport du Dr E_____ du 27 juillet 2017 n'est pas contradictoire à cet égard puisqu'il ne mentionne pas l'Humira, contrairement à ce qu'avance la recourante.

La recourante fait valoir également que l'intimé a omis d'instruire la question des traitements alternatifs en cas d'échec du traitement Humira. Or, ce point a dûment été examiné par l'expert, lequel a considéré que d'autres traitements, en cas d'échec avéré de l'Humira, sont possibles, tels que le Simponi, le Cimzia ou un traitement anti-TNF (rapport d'expertise, p. 8). En outre, force est de constater qu'à la date déterminante de la décision litigieuse, aucun médecin n'avait constaté l'échec avéré du traitement par Humira. Partant, on peine à comprendre quelles mesures d'instruction complémentaires l'intimé aurait dû entreprendre.

Par ailleurs, on ne saurait retenir, comme l'avance la recourante, que la partie intéressée a enfreint son obligation de diminuer le dommage en cessant les séances de physiothérapie pendant une certaine période. En effet, informé de l'interruption de ce traitement, lequel n'avait pas été efficace, l'expert n'a pas préconisé sa reprise. Au demeurant, il résulte des pièces versées à la procédure que depuis le 18 mai 2018, la partie intéressée consulte régulièrement M. N_____, physiothérapeute (attestation du 22 mai 2019).

Compte tenu de ce qui précède, c'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que la spondylarthrite ankylosante a entraîné une incapacité de travail totale dans toute

activité à compter du 18 janvier 2017 et a octroyé à la partie intéressée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018. A cet égard, on précisera encore que contrairement à ce que fait valoir la recourante, la spondylarthrite ankylosante peut entraîner une invalidité partielle ou totale admise par la jurisprudence (cf. par exemple ATAS/1409/2012 du 22 novembre 2012, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2013 du 13 août 2013).

11. Le recours sera par conséquent rejeté.
12. La partie intéressée conclut à l'octroi de dépens.

L'art. 61 let. g LPGA pose le principe que la partie recourante a droit à une indemnité de dépens si elle obtient gain de cause. En ne mentionnant que la partie recourante, le législateur avait pour but d'exclure l'octroi de dépens en faveur de l'assureur social intimé dont la décision serait confirmée par le tribunal (Jean MÉTRAL, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, éd. par Anne-Sylvie DUPONT/Margrit MOSER-SZELESS, 2018, n. 98 ad art. 61). Des dépens peuvent être alloués à un tiers qui est intervenu comme partie intéressée à la procédure et qui voit ses conclusions admises. Ainsi, l'assuré peut obtenir des dépens, à la charge de l'institution de prévoyance professionnelle qui a recouru, en vain, contre une décision d'allocation de rente de l'assurance-invalidité (MÉTRAL, op. cit., n. 102 ad. art. 61 et la référence citée).

En l'occurrence, la partie intéressée, représentée par un conseil, a obtenu gain de cause, de sorte qu'une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

13. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Condamne la Caisse de pension A_____ S.A. à verser à Madame B_____ un montant de 1'000.- à titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de la Caisse de pension A_____ S.A.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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