

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2093/2024

ATAS/94/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2025

Chambre 10

En la cause

Madame A_____

recourante

Représentée par Maître Stéphane GROSSIN

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1986, originaire du Kosovo, est arrivée en Suisse en 1997. Mère d'une fille née en 2008 d'une première union, mariée, sans formation, est aidée par l'Hospice général depuis 2008.

b. Le 18 septembre 2014, l'assurée a rempli une demande de prestations de l'office assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) mentionnant souffrir d'anxiété majeure avec attaque de panique et agoraphobie.

c. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu de nombreux rapports et sollicité de son service médical régional (ci-après : SMR) un examen rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 17 décembre 2015, les examinateurs ont diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé, une agoraphobie avec un trouble panique en rémission, diagnostic anamnétique, des lombopygalgies gauches sans déficit neurologique sur une dysfonction sacro-iliaque et un nodule de Copenman gauche, et des cervico-scapulalgies gauches sans déficit neurologique. Ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail.

d. Par décision du 14 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande au motif que l'intéressée ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'entraver sa capacité de travail.

Cette décision est entrée en force.

e. L'assurée a suivi 40 heures de cours de français à l'université ouvrière de Genève entre les 28 août et 10 octobre 2017, 80 périodes de cours de français intensif en janvier 2018 auprès de l'IFAGE (suivi avec « assiduité »), un stage d'assistante administrative à 50% au Centre photographique de Genève qui a pris fin le 13 novembre 2018 pour des raisons de santé.

B. **a.** En date du 18 mai 2022, l'assurée a sollicité à nouveau des prestations de la part de l'OAI, faisant état d'une spondylarthrite et de maux de dos chroniques.

b. Dans un rapport du 14 juillet 2022, la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitante de l'assurée depuis 2010, a retenu les diagnostics de spondylarthropathie HLA B27, de fibromyalgie / syndrome douloureux, de trouble de la personnalité borderline, d'agoraphobie, de phobie spécifique des aiguilles, d'état dépressif modéré à sévère accompagné d'idées suicidaires avec un tentamen dès l'âge de 11 ans. Les symptômes consistaient notamment en des lombalgies et cervicalgies, des insomnies et de troubles du sommeil, des idées suicidaires et une impulsivité. La reprise du travail n'était pas possible. La patiente déléguait à sa fille et son mari le ménage, la préparation des repas et le nettoyage, et était incapable de prendre seule les transports publics.

c. Par rapport du 29 juin 2022, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et un trouble panique sévère (F41.01). Depuis 2018, l'assurée décrivait des difficultés à poursuivre une quelconque activité professionnelle en raison de son vécu d'angoisse d'une part, et de ses douleurs de dos d'autre part. Elle avait ainsi dû quitter un poste après quelques mois d'activité. Elle rapportait avoir fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse en 2019. S'agissant de la journée de l'assurée, cette dernière ne sortait seule que dans un rayon limité autour de son appartement du fait de ses angoisses à l'imminence perçue d'une attaque de panique. Compte tenu de ses affections somatiques, elle se rendait régulièrement chez sa médecin dans son quartier. Lorsqu'elle devait aller à des séances de psychothérapie, elle se faisait accompagner d'un proche, le trajet en tram étant très éprouvant à cause de son agoraphobie. Il lui arrivait régulièrement de ne pas parvenir à sortir de chez elle à cause d'un ressenti de débordement d'angoisse. Lors de ses crises, elle disait devoir s'isoler dans une pièce sombre, où elle se reposait plusieurs heures. Elle devait fournir beaucoup d'efforts pour effectuer les tâches courantes à son domicile et les crises d'angoisse l'empêchaient régulièrement dans son sommeil, et survenaient parfois brusquement en pleine tâches. Les symptômes liés au trouble panique sévère empêchaient largement l'assurée dans son quotidien. De la même manière, les difficultés en lien avec l'instabilité affective, l'impulsivité et la dépressivité entraînaient une grande difficulté à soutenir des exigences professionnelles. Les manifestations phobiques du trouble panique associé empêchaient parfois la venue de sa patiente en personne au cabinet et une consultation téléphonique était alors proposée. Le suivi psychiatrique était hebdomadaire et requérait parfois des interventions d'urgences supplémentaires. D'un point de vue strictement psychiatrique, l'incapacité de travail était totale en raison du trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, et du trouble panique sévère. Concernant les limitations fonctionnelles incapacitantes, le premier de ces diagnostics engendrait un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, l'impulsivité dans la colère, ainsi que l'instabilité due à une réactivité marquée de l'humeur. Ces difficultés impactaient la capacité de travail dans le quotidien, mais pouvaient également engager la patiente dans des crises émotionnelles empêchant l'engagement à plus long terme. Le sentiment chronique de vide montré par la patiente comprenait un impact motivationnel important. Quant au second diagnostic, les attaques panique étaient récurrentes et inattendues, et s'accompagnaient de palpitations, d'une impression d'étouffement, de frissons et de bouffées de chaleur, de la peur de perdre le contrôle de soi et de mourir, de la crainte persistante d'autres attaques de panique, de leurs conséquences et du changement de comportement significatifs et inadapté qui les accompagnaient (éviter, sédentarisme, isolement). En effet, ces différents éléments

engageaient la patiente dans une peur de se rendre dans des endroits publics et des transports. Ils la plongeaient dans un état d'attente anxieuse impactant ses capacités de concentrations. Ces limitations fonctionnelles avaient un impact sur la possibilité d'avoir un projet professionnel à court, moyen et long terme. La patiente exprimait que les cercles familiaux et sociaux étaient des ressources essentielles, qu'elle disposait d'un environnement familial et amical plutôt préservé et soutenant, d'une bonne connaissance de ses difficultés et de ses limites et montrait une bonne aptitude à solliciter de l'aide lors des moments de crise, et une motivation à retrouver une certaine autonomie. Une capacité de travail à 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles pourrait être retrouvée d'ici quelques mois si l'intéressée continuait d'évoluer favorablement grâce à son suivi.

d. Le 21 septembre 2022, la docteure D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a répondu à l'OAI qu'elle n'était pas en mesure de répondre au questionnaire de santé, dès lors qu'elle n'avait vu l'assurée qu'à une seule reprise durant l'année.

e. En date du 19 octobre 2022, la Dre D_____ a informé l'OAI que l'assurée l'avait consultée le 19 octobre 2022 et qu'un bilan radiologique avait été réalisé et avait confirmé la présence d'une maladie rhumatologique inflammatoire. L'intéressée serait prochainement mise sous traitement pour cette atteinte.

f. Par rapport du 24 avril 2023, le Dr C_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et indiqué que l'état de santé et les symptômes étaient inchangés. Le suivi psychiatrique de l'assurée avait débuté le 21 septembre 2021. Elle présentait un état anxieux découlant de sa crainte d'une récurrence de sa crise de panique de 2015 et montrait une vigilance importante vis-à-vis de toute palpitation, tremblement, vertige ou gêne thoracique. Le tableau dépressif était très présent avec une baisse de l'énergie, un sentiment de désespoir et une humeur triste. Il existait toujours une instabilité affective, une impulsivité, des idées suicidaires et des vécus d'angoisse envahissants. Il existait des manifestations typiques d'un trouble de la personnalité borderline. La patiente bénéficiait d'une prise en charge bifocale associant une psychothérapie individuelle hebdomadaire par le psychologue en délégation et des consultations psychiatriques sporadiques à visée essentiellement diagnostique et évaluative. En raison des limitations fonctionnelles entraînées par le trouble panique, elle était suivie trois fois par semaine en consultations à distance et se rendait une fois par mois au cabinet. Cette thérapie devait être poursuivie au moins durant une année. Le pronostic était réservé en raison du caractère chronique du trouble de la personnalité et de la massivité du trouble panique. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation à la résistance étaient modérées. Aucune indication n'a été donnée concernant la capacité de travail de la patiente.

g. Le 26 mai 2023, l'assurée a répondu au questionnaire relatif au statut, mentionnant que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 70%.

h. Le 29 mai 2023, la Dre B_____ a rapporté qu'elle suivait l'assurée depuis le 25 juin 2020, à raison d'un rendez-vous tous les trois mois. L'incapacité de travail était totale depuis 2020, en raison de la spondylarthropathie HLA B27, du trouble de la personnalité borderline, du trouble anxieux généralisé avec des attaques de panique, de l'agoraphobie et d'un état dépressif modéré à sévère accompagné des idées suicidaires. Les limitations fonctionnelles comprenaient l'impossibilité de porter des charges à cause des lombalgies, et l'impossibilité de se déplacer seule en bus en raison de l'agoraphobie. L'exercice d'une activité professionnelle adaptée n'était pas possible et une mesure de réadaptation professionnelle paraissait peu envisageable.

i. Selon une note datée du 14 juillet 2023, l'OAI a considéré que l'assurée avait un statut d'active, car elle travaillerait à 100% dans le domaine de la logistique sans atteinte à la santé. Le dernier contrat de travail fourni mentionnait un taux d'activité de 100%.

j. Par avis du 7 août 2023, le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée.

k. Mandatés par l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès de G_____, ont rendu leur rapport d'expertise bidisciplinaire le 26 février 2024. Les experts ont retenu les diagnostics de spondylarthrite axiale avec la présence d'une sacro-iliite bilatérale à prédominance droite, de HLA B27, de rachialgies inflammatoires et de fessalgies à bascule, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé et d'agoraphobie avec un trouble panique d'intensité légère, diagnostic anamnestique (F40.01). Ils ont conclu que l'assurée présentait, depuis au moins 2015, une capacité de travail complète, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique, et que seules pouvaient être retenues des limitations fonctionnelles à titre préventif, à savoir d'éviter de porter des charges de plus de 5 à 10 kg de façon répétée pour ne pas surcharger le rachis.

Dans le cadre de l'expertise, l'assurée a notamment fourni :

- un rapport relatif à une scintigraphie osseuse effectuée le 22 décembre 2020 concluant à des remaniements sclérotiques pathologiques des articulations sacro-iliaques témoignant d'une sacro-iliite chronique, sans remodelage osseux actif franc ce jour en scintigraphie, compatible avec une spondylarthropathie actuellement non inflammatoire ;
- un rapport suite à une IRM dorso-lombo sacrée du 29 juin 2022 révélant que les images étaient compatibles avec une sacro-iliite bilatérale à prédominance droite ;
- un rapport du 26 avril 2022 du Dr C_____ portant sur la période du 21 septembre 2021 au 1^{er} juin 2022 ;

- un courrier du 30 mai 2023 de la Dre D_____ au professeur H_____ afin de solliciter son avis ; la patiente présentait depuis des années des polyarthralgies et des rachialgies surtout dans la région des deux SI compatibles cliniquement et radiologiquement avec un diagnostic de spondylarthropathie HLA B27 positive ; la situation s'était péjorée depuis l'année dernière et l'introduction d'un traitement biologique de fond (Cosentyx) avait été convenue, pour autant que ce traitement n'entraîne pas de risque de récurrence des précédentes infections intestinales ;
- un courrier du 8 juin 2023 de la Dre D_____ à la Dre B_____, aux termes duquel elle s'entretenait avec sa patiente au sujet du risque induit par le traitement envisagé et des options thérapeutiques ;
- un rapport du 3 juillet 2023 du Dr C_____ concernant le suivi de la patiente du 1^{er} juin au 31 juillet 2023.

I. Par avis du 5 mars 2024, le SMR a considéré que le rapport d'expertise était convaincant et que rien ne justifiait de s'en écarter. Il a conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'assistante administrative ou de vendeuse, dès le mois de mars 2016, sauf en cas de poussées inflammatoires. Les diagnostics de spondylarthrite axiale avec la présence d'une sacro-iliite bilatérale à prédominance droite, de HLA B27 et de rachialgies inflammatoires et des fessalgies à bascule, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé et d'agoraphobie avec un trouble panique d'intensité légère, diagnostic anamnestique n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. À titre préventif, l'intéressée devait éviter de porter des charges de plus de 5 à 10 kg de façon à ne pas surcharger le rachis.

C. a. Le 13 mars 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute de toute atteinte à la santé invalidante.

b. Dans une lettre du 12 avril 2024, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, relevant que ses médecins avaient été surpris par la position de l'OAI.

c. Par décision du 14 mai 2024, notifiée le 21 mai 2024, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, au motif qu'il ne pouvait pas retenir une atteinte à la santé invalidante.

d. Par décision du 27 mai 2024, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.

D. a. Par acte du 20 juin 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition, à ce que des renseignements écrits soient sollicités auprès du Dr C_____ et de la Dre B_____, et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière.

En substance, la recourante a nié toute valeur probante à l'expertise, relevant que les examens des experts avaient été trop brefs pour leur permettre d'arrêter un avis médical pertinent. En outre, des bilans médicaux n'avaient pas été versés à la procédure, dont le bilan radiologique qui confirmait la présence d'une maladie rhumatologique inflammatoire. Elle était suivie depuis de nombreuses années en raison de sa spondylarthrite, d'une fibromyalgie, de maux de dos, de lombalgies, de cervicalgies, mais le seul rapport établi par sa rhumatologue traitante était une lettre laconique du 19 octobre 2022. Les experts avaient d'ailleurs préconisé que la Dre D_____ soit contactée pour obtenir le bilan radiologique et biologique, ce qui n'avait pas été fait. Elle a précisé qu'elle n'était pas en possession de ce bilan et que cette médecin avait récemment mis un terme à son activité médicale. Depuis lors, elle ne disposait d'aucun suivi sur le plan rhumatologique. Les conclusions des experts s'agissant de sa capacité de travail contrastaient étonnamment avec celles de ses médecins-traitants, qui la suivaient régulièrement depuis longtemps. En outre, ses souffrances n'avaient pas été suffisamment prises en considération alors que les experts avaient considéré que ses plaintes étaient cohérentes et plausibles, et que le diagnostic de spondylarthrite était plausible.

Les rapports de la Dre B_____ et du Dr C_____ établissaient qu'elle présentait des incapacités de gain et de travail totales qui ne pouvaient être rétablies. Elle a rappelé à cet égard avoir dû interrompre la seule activité qu'elle avait pu effectuer au cours des dernières années, soit son stage à temps partiel de septembre à novembre 2023 en raison des symptômes anxieux envahissants qui l'empêchaient de travailler convenablement.

b. Dans sa réponse du 12 septembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il avait sollicité à deux reprises des rapports médicaux de la rhumatologue traitante, laquelle lui avait répondu qu'elle était incapable de fournir des informations pertinentes vu la consultation unique effectuée durant l'année et en l'absence des résultats d'examens demandés. Elle l'avait par la suite informé que la recourante souffrait d'une maladie rhumatologique inflammatoire et serait mise sous traitement prochainement, sans autres indications. L'instruction du dossier avait montré que les plaintes de la recourante se focalisaient essentiellement sur le plan psychiatrique, ce qui était rapporté par le psychiatre et le généraliste traitant. L'expertise répondait aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante et les divergences soulevées par la recourante ne permettaient pas de s'écarter de l'appréciation des experts.

Sur le plan rhumatologique, l'expert avait constaté que son examen était principalement normal, avec une mobilité générale conservée et des amplitudes dans la norme. Il avait estimé que les plaintes étaient plausibles, même si les limitations décrites n'étaient pas retrouvées à l'examen. Les documents apportés par l'expertisée évoquaient le diagnostic de sacro-iliite bilatérale à prédominance droite, même si l'IRM ne montrait pas d'anomalie notable. Au jour de l'expertise, la recourante était sans traitement rhumatologique depuis plus de 11 ans, malgré

un traitement efficace à l'époque, avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens en réserve. Le rhumatologue avait retenu la spondylarthrite axiale, ce qui justifiait à titre préventif une activité sans port de charge avec une épargne du rachis, et estimé que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. La Dre D_____ ne s'était pas prononcée de manière détaillée sur les limitations et les atteintes de la patiente, malgré ses demandes de renseignements. En outre, elle ne rapportait pas d'atteinte qui aurait été ignorée par les experts, puisque ces derniers avaient admis son diagnostic. La Dre B_____ avait fait état d'une incapacité de travail complète en l'expliquant par un port de charges impossible et une agoraphobie, et précisant que les obstacles à une réinsertion étaient psychiatriques à son sens. Ainsi, sur le plan rhumatologique, en présence d'un examen clinique normal et d'un quotidien adapté mais préservé, en l'absence de traitement depuis de nombreuses années, aucun élément objectif ne permettait de s'écarter de l'appréciation de l'expert.

Sur le plan psychiatrique, l'expert avait décrit une journée type préservée, l'intéressée mobilisant ses ressources internes et externes. Elle s'intéressait aux actualités, sortait faire les courses, regardait la télévision, faisait du bricolage le soir, se promenait dans la forêt, allait à la piscine, essayait d'organiser des moments agréables avec sa fille et gardait le contact avec ses amies par téléphone. À l'examen clinique, l'expert n'avait pas retrouvé de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice, de trouble cognitif, de symptôme physique en faveur d'une hyperactivité neurovégétative pouvant renvoyer à la présence d'un état anxieux, et il n'y avait donc pas de signe en faveur d'un trouble dépressif majeur ou d'une sévérité significative. Il n'y avait pas de trouble de la série psychotique ou de trouble dissociatif, et les analyses avaient révélé la non prise de médicament anxiolytique, alors que l'intéressée avait pris le train de Genève jusqu'à Aigle, qu'elle expliquait avoir dû prendre des médicaments pour ne pas être anxieuse et qu'elle se présentait à une évaluation psychiatrique par nature anxigène. Aucun signe de décompensation dépressive significative n'avait été mis en évidence et les troubles anxieux semblaient contrôlés. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline était retenu et celui de trouble panique avec agoraphobie était vraisemblable sur une base anamnétique. Ces troubles n'avaient cependant pas d'impact sur la capacité de travail au regard des données de l'examen clinique, du descriptif de la journée type et de l'absence de traitement de fond, qu'il soit antidépresseur ou stabilisateur de l'humeur. L'expert avait souligné une mauvaise adhésion aux traitements et une absence de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie, l'absence d'hospitalisation ou de consultation d'urgence dans ce contexte parlant également en défaveur d'une atteinte considérable. Il partageait les diagnostics de personnalité borderline et d'agoraphobie avec le psychiatre traitant, mais considérait que son examen clinique ne permettait pas de retenir un trouble incapacitant au vu du quotidien majoritairement préservé. En outre, le psychiatre traitant préconisait une reprise à 50% dans une activité adaptée.

Ainsi, aucun élément ne permettait de s'écarter de l'appréciation détaillée et cohérente des experts, de sorte que l'expertise bidisciplinaire réalisée devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

c. Par réplique du 8 octobre 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a exposé que sa médecin traitante était toujours à la recherche d'un nouveau médecin pour son suivi rhumatologique, mais que ses démarches étaient dénuées de succès. Elle avait récemment sollicité son psychiatre traitant pour être hospitalisée en raison de ses atteintes à la santé mentale et psychique. L'intimé aurait dû s'enquérir auprès de la Dre D_____ de toutes informations pertinentes et réclamer tous documents utiles en lien avec sa maladie inflammatoire, dont le bilan, ce qu'il n'avait pas fait. Cette omission était difficilement compréhensible puisqu'il la savait suivie par cette médecin au cours de l'année 2023. L'instruction rhumatologique était partant incomplète et l'intimé ne pouvait valablement soutenir que la Dre D_____ n'avait pas fait état d'atteinte qui aurait été ignorée par les experts. Sa médecin traitante avait indiqué que la lombalgie et la spondylarthropathie rendaient impossibles l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, de sorte que ses plaintes ne se focalisaient pas sur le plan psychiatrique. Son psychiatre avait indiqué que son suivi requérait des interventions d'urgence supplémentaires et elle avait récemment sollicité une hospitalisation, ce qui démontrait l'errance de l'argumentation de l'intimé. Enfin, contrairement à ce que soutenait l'intimé, son psychiatre n'avait pas préconisé une reprise du travail à 50%, mais uniquement évoqué une possible capacité de travail partielle si l'évolution favorable se poursuivait. Il convenait d'obtenir des renseignements de sa part à cet égard.

d. Le 30 octobre 2024, l'intimé a également persisté dans ses conclusions, en l'absence d'élément objectif pertinent. Il a relevé que la recourante n'avait produit aucun rapport médical.

e. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 1^{er} novembre 2024.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été notifiée le 21 mai 2024, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 22 mai 2024 et est donc arrivé à échéance le 20 juin 2024.

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 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).

2.2 En l'espèce, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en novembre 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 18 mai 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé.

4. À teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise en outre que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus,

il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En vertu de l'art 28 al. 1 LAI, 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) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

4.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le

juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

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

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.2 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).

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 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).

5. En l'espèce, l'intimé considère, sur la base du rapport du SMR du 5 mars 2024, lui fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du 26 février 2024, que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'elle n'a pas droit à des prestations.

La recourante nie toute valeur probante au rapport d'expertise et se réfère à l'appréciation de ses médecins traitants.

5.1 En ce qui concerne la valeur probante du rapport d'expertise, la chambre de céans constate que les experts ont résumé le dossier à leur disposition, présenté des anamnèses détaillées, rapporté les plaintes de la recourante, consigné les résultats de leurs examens cliniques et développé leurs conclusions. Ce document remplit donc *a priori* les réquisits jurisprudentiels en la matière.

5.1.1 Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont indiqué que la recourante était titulaire d'une formation qualifiante d'assistante administrative obtenue en 2018, ce qui lui avait permis d'être engagée dans un poste administratif (*cf.* rapport p. 21). Elle disposait d'une capacité d'adaptation et de résilience notable, étant rappelé qu'elle avait eu une enfance et une adolescence difficile et mouvementée, marquée par des carences et des violences en milieu familial, de nombreuses hospitalisations durant l'adolescence avec plusieurs tentamens et des consommations de toxiques plusieurs années. Elle avait cependant été en capacité de travailler pendant de nombreuses années de 2003 à 2010, de mener une maternité et de s'occuper de sa fille seule pendant des années, de se séparer de ses deux maris, d'arrêt de sa consommation de drogue et de contrôler celle d'alcool. Elle était autonome dans les tâches de la vie quotidiennes et pour ses déplacements et s'adonnait à de nombreuses activités distractives (*cf.* rapport 23-24).

La chambre de céans observe que cette analyse est celle développée par le Dr F_____ dans sa partie du rapport (*cf.* rapport p. 58). Toutefois, la recourante a expressément déclaré au Dr E_____ qu'elle était « sans activité, depuis toujours », à l'exception d'un petit travail de vendeuse à 40% en 2011 dans un kiosque (*cf.* rapport p. 28) et les experts n'ont pas discuté de cette divergence notable. Cela interroge non seulement sur l'existence d'une réelle évaluation interdisciplinaire, mais remet en outre en cause l'anamnèse professionnelle retenue par les experts.

À cet égard, les explications données par la recourante à l'expert rhumatologue sont corroborées par son extrait de compte individuel, duquel il ressort qu'elle n'a jamais travaillé avant 2005, que ses revenus annuels se sont élevés à CHF 1'202.- en 2005 (pour les mois de février à juin), à CHF 4'406.- en 2007, 2008 et 2009, et à CHF 6'503.- en 2010 (pour les mois de juin à septembre chez Naville SA). Il appert donc que l'activité à temps partiel de vendeuse s'est en réalité déroulée en 2010, durant quatre mois seulement.

En ce qui concerne la « formation qualifiante d'assistante administrative », les pièces du dossier attestent uniquement du suivi de cours de français à l'université ouvrière de Genève et à l'Ifage. Quant au stage d'assistante administrative mis en œuvre par l'Hospice général en 2018, à 50%, si la case « Oui » du formulaire rempli par l'Hospice général le 30 juin 2022 est cochée à la rubrique « Formation achevée », ce document mentionne expressément que le stage a pris fin le 13 novembre 2018 « pour des raisons de santé ». Cette fin prématurée est confirmée par le Dr C_____, lequel a indiqué que ce stage avait été interrompu

« à cause des symptômes anxieux envahissants (cf. rapport du 29 juin 2022). Enfin, l'obtention d'un tel diplôme en 2018 ne ressort ni des écritures de la recourante, ni de sa demande de prestations, ni de son *curriculum vitae*, ni des attestations produites.

L'indépendance et l'autonomie de la recourante pour la gestion de ses tâches ménagères et quotidiennes est remise en question par les déclarations de l'intéressée, qui a indiqué à l'expert rhumatologue qu'elle bénéficiait de « beaucoup d'aide de sa fille » (cf. rapport p. 30) et à l'expert psychiatre « partager » avec sa fille les tâches ménagères (cf. rapport p. 51) et avoir des difficultés avec les tâches administratives, étant précisé qu'elle voyait son assistante sociale tous les trois mois (cf. rapport p. 45).

On pourra encore relever que les déplacements ne semblent pas aisés, puisque la recourante a été accompagnée pour se rendre à l'expertise en train, de sa cousine selon le Dr E_____ (cf. rapport p. 43) de sa sœur selon le Dr F_____ (cf. rapport p. 45).

Quant aux activités distractives mentionnées, elles semblent se limiter à de la marche, tous les deux à trois jours dans le parc en fonction de son humeur et de son état, « Cinéma, lecture et films sur Netflix » sans aucune autre précision (cf. rapport p. 30), la piscine et le soir le bricolage, mais elle n'en faisait pas beaucoup (cf. rapport p. 50).

Eu égard à tout ce qui précède, l'évaluation des experts s'agissant des ressources de la recourante est sujette à caution.

5.1.2 Sur le plan rhumatologique, la chambre de céans observera encore que le Dr E_____ a constaté qu'il manquait au dossier la confirmation de la sacro-iliite et d'un syndrome inflammatoire. Il a relevé que les examens de laboratoire avaient révélé la présence du HLA B27 positif et qu'il fallait demander à la Dre D_____ de leur communiquer l'ensemble du bilan biologique (cf. rapport p. 37), qu'un complément radiologique n'était pas nécessaire, mais qu'il convenait de contacter la Dre D_____ pour obtenir « plus d'informations et récupérer le bilan radiologique et biologique fait récemment » (cf. rapport p. 39).

On peine donc à comprendre comment l'expert a pu rendre son rapport sans avoir préalablement sollicité ces renseignements. En outre, il a relevé qu'un nouveau traitement serait prochainement introduit, l'intéressée ayant rendez-vous avec la Dre D_____ le 6 décembre 2023 pour une première injection de Cosentyx 150 (cf. rapport p. 28), ce qui constituait un élément supplémentaire justifiant qu'il s'entretienne avec la rhumatologue traitante.

Il pourra également être relevé que le Dr E_____ a estimé que la capacité de travail était entière en dehors des poussées inflammatoires (cf. rapport p. 44), sans toutefois interroger l'intéressée sur leur fréquence et leur durée.

Dans ces conditions, il s'impose de constater que l'expert n'a pas rendu son rapport en pleine connaissance du dossier de la recourante et qu'il ne s'est pas entouré de tous les renseignements utiles et nécessaires pour pouvoir se déterminer, en particulier s'agissant des répercussions de l'atteinte à la santé, qu'il a admise, sur la capacité de travail de la recourante.

5.1.3 Au niveau psychiatrique, l'expert a écarté le diagnostic de trouble panique sévère, posé par le Dr C_____ à maintes reprises (*cf.* rapports des 6 avril et 29 juin 2022, 24 avril et 3 juillet 2023) au profit de celui d'agoraphobie avec un trouble panique d'intensité légère, diagnostic anamnestique (F40.01). Compte tenu du suivi régulier du Dr C_____ depuis le mois de septembre 2021, de la symptomatologie rapportée, étayée de nombreux exemples concrets, du caractère chronique du trouble de la personnalité et de la « massivité » du trouble panique (*cf.* rapport du 24 avril 2023 du Dr C_____), dont les attaques étaient récurrentes et inattendues (*cf.* rapport du 29 juin 2022), l'analyse du Dr F_____, qui a rencontré la recourante à une seule reprise et ne s'est pas entretenu avec le psychiatre traitant, paraît insuffisamment argumentée.

En ce qui concerne l'appréciation des ressources et des capacités, l'expert a noté que la recourante était capable de respecter les règles, d'honorer ses rendez-vous, de tenir ses engagements, de suivre des instructions ou s'insérer dans des processus organisationnels, étant relevé qu'elle avait travaillé pendant de nombreuses années, fait et réussi une formation. Elle pouvait planifier et structurer ses journées et les tâches qui lui incombaient sans limitation. Elle était capable de mettre en pratique ses compétences professionnelles (*cf.* rapport p. 57). Comme déjà constaté, la recourante n'a presque jamais travaillé et n'a pas obtenu de diplôme en 2018. On voit mal à quelles « compétences professionnelles » se réfère l'expert. La recourante est en outre arrivée en retard à l'entretien d'une demi-heure (*cf.* rapport p. 52), constat qui paraît contradictoire avec l'appréciation de l'aptitude à respecter les rendez-vous et les obligations. Enfin, l'expert n'a pas tenu compte des déclarations de la recourante, laquelle lui a indiqué qu'il lui arrivait de ne pas se doucher pendant deux jours (*cf.* rapport p. 46), de ne pas sortir et rester dans son lit quand elle était triste (*cf.* rapport p. 46), qu'environ six fois par trimestre, elle ne pouvait pas sortir pendant plusieurs jours, entre trois jours à deux semaines (*cf.* rapport p. 47).

Le Dr F_____ a également relevé qu'il n'y avait eu aucune consultation en urgence et aucune hospitalisation (*cf.* rapport p. 56), mais la recourante a relaté qu'elle avait voulu sauter par la fenêtre une année auparavant, que sa fille avait tout vu et qu'« ils » avaient dû appeler une ambulance (*cf.* rapport p. 46). Il est surprenant que l'expert n'ait pas jugé utile d'obtenir un rapport d'intervention ou à tout le moins de se renseigner auprès du psychiatre traitant. En outre, ce dernier avait signalé que le suivi psychiatrique requérait parfois des interventions d'urgences supplémentaires (*cf.* rapport du 29 juin 2022).

5.1.4 Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

5.2 L'instruction du dossier étant lacunaire, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il la complète.

Il sera encore relevé que, contrairement à ce que soutient l'intimé, la Dre B_____ n'a pas retenu que les obstacles à une reprise professionnelle étaient essentiellement psychiatriques, puisqu'elle a indiqué que sa patiente était limitée par les lombalgies et rencontrait des difficultés dans la réalisation des tâches ménagères en raison des diagnostics somatiques. De même, le Dr C_____ n'a pas suggéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, puisqu'il a indiqué qu'une telle reprise pourrait intervenir en cas de poursuite de l'évolution favorable (cf. rapport du 29 juin 2022). Toutefois, dans son rapport suivant, il a noté que les diagnostics, l'état de santé et les symptômes étaient inchangés (cf. rapport du 24 avril 2023), ce qui parle en défaveur d'une évolution positive, étant toutefois relevé que le psychiatre traitant ne s'est pas expressément déterminé sur la capacité de travail dans ce dernier rapport.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que l'intimé a considéré, dans sa note datée du 14 juillet 2023, que la recourante avait un statut d'active, car elle travaillerait à 100% dans le domaine de la logistique sans atteinte à la santé, faisant référence au contrat de travail fourni le 13 juillet 2023 mentionnant un taux d'activité de 100%. Ce document ne semble toutefois pas concerner le dossier de la recourante, laquelle a répondu dans le questionnaire relatif au statut qu'elle exercerait une activité à 70% sans atteinte à la santé (cf. questionnaire du 26 mai 2023).

- 6.** Il convient donc d'admettre partiellement le recours de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction du dossier, en interrogeant les médecins traitants et en mettant en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire comportant des volets rhumatologique et psychiatrique, puis se prononce à nouveau sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est assistée d'un avocat, a droit à des dépens, fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 27 mai 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.-, à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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