

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2182/2026

ATAS/715/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Diana ZEHNDER LETTIERI, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Monique STOLLER FULLEMANN et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1970, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en date du 30 août 2022.

b. Dans sa demande de prestations, l'assurée se plaignait d'une polyarthrite rhumatoïde ainsi que d'une ostéoporose apparue pendant l'année 2022. Ses médecins traitants étaient le docteur B_____, médecin, chef de clinique auprès du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui la suivait depuis le mois de septembre 2020, ainsi que le docteur C_____, médecin chef du service des maladies osseuses des HUG.

c. Par questionnaire médical du 7 juin 2023, le Dr C_____ a confirmé l'existence d'une ostéoporose cortisonique, liée au traitement de la polyarthrite rhumatoïde, sans fracture. S'agissant de l'évolution de l'état de santé, le médecin observait qu'il n'y avait pas de changement, en raison d'une mauvaise adhérence thérapeutique.

d. La docteure D_____, spécialiste en pneumologie et en médecine générale interne, a complété un questionnaire médical en date du 4 août 2023, confirmant que l'assurée souffrait d'un asthme de palier GINA 1, d'une lésion pulmonaire spéculée apicale du lobe supérieur droit, d'allure séquellaire, stable, contrôle scanographique effectué entre 2021 et 2022 et enfin d'un infiltrat pulmonaire en verre dépoli sous pleural du lobe inférieur gauche et parenchyme en mosaïque du lobe inférieur droit, d'étiologie indéterminée, sans répercussion clinique ou fonctionnelle, stable depuis 2021. Selon le médecin, il n'y avait aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée et il était confirmé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec la pneumologie.

e. Par avis médical du 20 septembre 2023, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a constaté que le rhumatologue traitant ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, raison pour laquelle il a préavisé une expertise rhumatologique.

f. L'OAI a confié le mandat d'expertise rhumatologique à la docteure E_____, spécialiste en rhumatologie, qui a rendu un rapport d'expertise en date du 4 mars 2024. L'experte a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séropositive, des facteurs rhumatoïdes positifs, avec anticorps anti-CCP positifs, non érosive ainsi qu'une tendinopathie chronique des fléchisseurs des doigts non inflammatoire actuellement.

Les limitations fonctionnelles liées à la polyarthrite rhumatoïde étaient les suivantes : pas d'activités demandant des actes répétitifs de serrage de la pince pouce/index ; pas de mouvements répétitifs des doigts, comme de la frappe sur

clavier ; pas de manipulations répétitives d'objets passant sur un tapis roulant, comme chez les caissières ; pas de port de charges excédant 5 kg des deux côtés ; pas de manipulations répétitives d'objets pesant plus de 200 g. L'experte ajoutait qu'il était difficile d'envisager un travail dans le secrétariat. En ce qui concernait l'activité actuelle de vendeuse de thé sur les marchés ou l'activité précédente d'opératrice de saisie, la capacité de travail était nulle.

Dans une activité adaptée de manière optimale à son handicap, la rhumatologue estimait que l'assurée pouvait assumer huit heures par jour, avec une augmentation progressive, soit un début à 50% et une augmentation, par paliers de 10%, sur une période de six mois. Les caractéristiques d'une activité adaptée devaient tenir compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, qui étaient toutes liées à la polyarthrite rhumatoïde atteignant les mains exclusivement, actuellement, sur le plan ostéoarticulaire. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles pour une problématique lombaire car il n'y avait pas de décompensation de lombalgies sur un mode chronique. Dans le cadre d'une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 100% sans réduction de la performance. L'experte mentionnait encore que la capacité de travail n'était possible que depuis la stabilisation et la non activité de la polyarthrite rhumatoïde, en juin 2022, en se fondant sur le rapport médical du 17 juin 2022 du service de rhumatologie des HUG.

g. À la réception du rapport d'expertise, le SMR s'est déterminé dans son rapport médical du 9 avril 2024. Il a repris les diagnostics établis par l'experte, a considéré que le début de l'incapacité de travail durable de 100% était établi dès le 4 septembre 2020 avec, à cette même date, une capacité nulle dans le travail habituel de vendeuse de thé et une capacité de 100% dans une activité adaptée, dès le 17 juin 2022. S'agissant de l'activité adaptée, le SMR a repris les limitations fonctionnelles décrites par l'experte E_____.

h. Par note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a considéré que l'assurée avait un statut mixte d'activité professionnelle à 75% et de 25% dans les travaux habituels du ménage. Dans sa feuille de calcul du 23 mai 2024, l'OAI s'est fondé sur les tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1_tirage_skill_level, pour une femme, pour l'année 2022, retenant un salaire avec invalidité, indexé selon l'indice suisse nominal des salaires et arrêté à CHF 54'222.-. Le revenu sans invalidité pour un plein temps était fixé à CHF 56'887.-. La perte de gain, pour la partie professionnelle, était de 4.69%. S'agissant de l'année 2024, le revenu annuel brut avec invalidité était arrêté à CHF 48'799.- et le revenu sans invalidité, pour un plein temps, était estimé à CHF 56'887.-. La perte de gain, pour la partie professionnelle, était de 14.22%. L'assurée ayant un statut mixte de 75% de part professionnelle et de 25% dans les travaux habituels, le degré d'invalidité final était fixé à 3.52% pour l'année 2022 et à 10.67% pour l'année 2024, étant précisé qu'aucun empêchement n'était retenu dans les travaux habituels.

B. a. Par projet de décision du 31 mai 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'au regard du degré d'invalidité retenu, sa demande de prestations invalidité était rejetée ainsi qu'un éventuel reclassement, dès lors que le taux d'invalidité était inférieur à 20%. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait à l'assurée une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle, dès le 4 septembre 2020, date de début du délai d'attente d'un an. Le délai de carence d'un an s'achevait le 31 août 2021, cependant, la demande de prestations ayant été déposée le 30 août 2022, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} février 2023, en raison du fait qu'une rente ne pouvait prendre naissance, au plus tôt, qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée faisait valoir son droit aux prestations. À cet égard, l'OAI considérait que, dans un second temps, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100%, dès le 17 juin 2022. Le changement était déterminant après trois mois, soit dès le 1^{er} octobre 2022.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a contesté le bien-fondé du projet de décision, par courrier du 9 juillet 2024, faisant notamment valoir que sa situation s'était aggravée et que, depuis le mois de juin 2024, elle souffrait de douleurs articulaires atroces des pieds, des orteils, des mains, des poignets, des hanches et des genoux. L'assurée a vivement critiqué la manière dont l'experte l'avait reçue et traitée pendant la consultation et a informé l'OAI que, suite à un entretien téléphonique avec son médecin traitant, le Dr B_____, elle avait appris qu'elle avait de l'eau dans son poumon droit. Dans un rapport de consultation du 8 juillet 2024, qui était joint au courrier de l'assurée, le Dr B_____ mentionnait notamment que l'assurée présentait une toux productive, depuis le 29 juin 2024 et que les symptômes n'avaient pas répondu à la thérapie par Amoxicilline et qu'au vu des antécédents au niveau de la plèvre, un bilan radiographique à l'issue de la consultation était proposé. Tant que le problème respiratoire n'était pas réglé, le médecin proposait de suspendre le traitement de Méthotrexate, soit le médicament qui lui était prescrit pour traiter la polyarthrite rhumatoïde. L'assurée avait également annexé une attestation rédigée par la docteure F_____, spécialiste en médecine générale, qui s'exprimait dans le cadre de la contestation du projet de décision de l'OAI et rappelait que l'assurée avait toujours des épisodes de douleurs, d'inflammations et d'impotence marquées. Suite à un choc anaphylactique, consécutif à une injection d'Orencia, la patiente n'avait pas pu bénéficier d'un traitement immunomodulateur et le rhumatologue devait être consulté pour envisager une nouvelle thérapeutique adaptée. En conclusion, le médecin traitant recommandait de revenir sur le projet de décision qui avait été rendu par l'OAI dès lors que l'assurée n'était plus en mesure d'assumer une activité professionnelle dans les années à venir et était déjà très handicapée pour assumer ses tâches ménagères.

c. Par avis médical du 9 août 2024, le SMR s'est prononcé sur les rapports médicaux transmis par l'assurée dans le cadre de la procédure d'audition et a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était vraisemblablement aggravé depuis avril 2024, avec la nécessité d'un switch thérapeutique qui avait dû être interrompu, en raison d'une réaction allergique. Selon le SMR, il fallait considérer que, depuis avril 2024, la capacité de travail était à nouveau nulle, dans toute activité et qu'il y avait lieu de réviser le dossier dans une année, afin de déterminer si un nouveau traitement avait permis une stabilisation de la maladie. Pour la période précédente, les conclusions du rapport médical du SMR du 9 avril 2024 étaient toujours d'actualité.

d. Par courrier du 23 août 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'une décision d'acceptation de rente allait être rendue et que la caisse cantonale vaudoise de compensation (ci-après : la CCVC) allait procéder au calcul de la rente et lui faire parvenir une décision sujette à recours, ainsi que des informations sur l'obligation de renseigner. L'OAI a rendu un prononcé, daté du 23 août 2024, à l'attention de la CCVC, dont il ressortait qu'un degré d'invalidité de 75% était reconnu pour la période allant du 1^{er} septembre 2021 au 30 septembre 2022, un degré d'invalidité de 4% était admis pour la période allant du 1^{er} octobre 2022 au 31 mars 2024 puis un degré d'invalidité de 75% était admis, dès le 1^{er} avril 2024 ; en raison de la demande tardive, le versement devait être opéré dès le 1^{er} avril 2024. La rente ne devait pas être limitée dans le temps, mais une révision de la rente était prévue en date du 1^{er} septembre 2025.

e. Par décision du 6 décembre 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière ordinaire mensuelle dès le 1^{er} avril 2024, avec une motivation reprenant le contenu du courrier du 23 août 2024, soit un degré d'invalidité de 75% résultant d'une capacité de travail nulle, dans toute activité, dès le 1^{er} avril 2024.

- C.** **a.** Par acte de sa mandataire, posté en date du 17 janvier 2025, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 6 décembre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle concluait à l'annulation de la décision dans la mesure où cette dernière ne lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité qu'à compter du 1^{er} avril 2024 et à ce qu'il soit dit que l'assurée avait droit à la rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2023, et ceci pour une durée illimitée, le tout sous suite de frais et dépens. La recourante faisait grief à l'intimé d'avoir conclu, à tort, à une prétendue amélioration de son état de santé, dès le 17 juin 2022, ce qui l'avait conduit à retenir une capacité de travail totale, dans le cadre d'une activité adaptée, à partir du 1^{er} octobre 2022. La polyarthrite rhumatoïde dont elle souffrait ne connaissait pas d'amélioration spontanée et durable car toute interruption de traitement, même temporaire, engendrait une détérioration brutale de l'état de santé avec des répercussions immédiates sur ses capacités fonctionnelles. L'interruption de traitement survenue durant l'hiver et le printemps 2022 ne

reflétait en aucun cas une amélioration de l'état de santé, mais uniquement une adaptation nécessaire au traitement, ce qui était notamment confirmé par le rapport de consultation en rhumatologie des HUG daté du 26 août 2022. Selon la recourante, son incapacité totale de travail était établie au 1^{er} septembre 2021 et n'avait jamais été interrompue jusqu'à ce jour, raison pour laquelle une rente d'invalidité de 100% devait lui être octroyée, à compter du 1^{er} février 2023 et ce, pour une durée indéterminée, en tenant compte de l'aggravation constante de son état de santé et de l'impossibilité d'une reprise d'activité professionnelle, même adaptée.

b. Par réponse du 18 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé se fondait sur le rapport d'expertise rhumatologique, relevant que ce dernier n'était pas formellement contesté par la recourante ; étant rappelé que l'experte avait retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une polyarthrite rhumatoïde non érosive. Or, selon l'intimé, la maladie, quand elle était érosive, entraînait des érosions osseuses provoquant la destruction des articulations alors que les patients ne souffrant pas d'une érosion osseuse présentaient une évolution de la maladie moins grave en termes d'activité. Selon l'experte, la capacité de travail de la recourante n'était possible que depuis la stabilisation et la non-activité de sa polyarthrite rhumatoïde en juin 2022. Au regard des données objectives relevées par l'experte, l'intimé considérait que ses conclusions médicales étaient solides et objectives, ce qui justifiait qu'elles aient été retenues par le SMR et que l'OAI se soit fondé sur une période d'amélioration de la santé de l'assurée lui permettant de recouvrer temporairement une capacité de travail.

c. Par réplique du 31 mars 2025, la recourante est revenue sur le point litigieux, à savoir l'amélioration prétendue de son état de santé durant la période allant du 17 juin 2022 au 31 mars 2024, et a persisté dans ses conclusions en se fondant, notamment, sur un rapport médical du Dr B_____, du 17 mars 2025, annexé à la réplique et qui expliquait que le traitement de Tocilizumab, en perfusion intraveineuse, réduisait les signes cliniques d'inflammation, ce qui rendait difficile l'évaluation objective de l'activité de la maladie à travers des tests sanguins classiques, raison pour laquelle la normalisation de certains indicateurs inflammatoires, qui apparaissait sur les tests sanguins, ne signifiait pas que la recourante était guérie et qu'elle était en capacité de reprendre son travail à plein temps.

d. La réplique de la recourante a été transmise, le 1^{er} avril 2025, à l'intimé qui n'a pas réagi.

D. a. Par arrêt du 27 juin 2025 (ATAS/496/2025) la chambre de céans a constaté que l'experte désignée par l'OAI avait pris connaissance du dossier complet de la recourante, étudié et discuté les rapports pertinents y figurant, présenté une anamnèse détaillée et fouillée et avait retranscrit précisément les informations livrées par la recourante, s'agissant particulièrement de ses plaintes et habitudes.

Néanmoins, la chambre de céans conservait des doutes concernant la période de rémission et de stabilité, à partir du mois de juin 2022 où des indices concrets permettaient de considérer que les appréciations de l'experte n'étaient pas suffisamment précises et étayées pour admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il y avait véritablement eu rémission et stabilité de la maladie pendant une période de deux ans (arrêt du 27 juin 2025, p. 15, ch. 6.4).

Pour cette raison, la cause a été renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire auprès de l'experte E_____, afin de préciser les raisons conduisant cette dernière à considérer qu'il y avait eu une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

b. L'OAI a repris l'instruction du dossier et le SMR a soumis à l'experte E_____ une nouvelle question, afin de spécifier de manière étayée l'évolution de l'état de santé de l'assurée à partir de juin 2022. Il lui était demandé de prendre en considération le rapport médical du 17 mars 2025 du Dr B_____, ce dernier ayant signalé que sa patiente bénéficiait d'un traitement par Tocilizumab en perfusion IV mensuelle, entre janvier 2022 et avril 2024. Dès lors que ce traitement impliquait la suppression des réactifs de phase aiguë comme la CRP, le paramètre biologique n'était pas suffisant pour évaluer une stabilité et/ou une amélioration de l'état de santé de l'assurée.

c. L'experte a répondu par complément d'expertise du 16 janvier 2026. Elle a mentionné l'évolution qui ressortait des rapports médicaux du Dr B_____ pendant les années 2022, 2023 et le début de l'année 2024 :

- dans son rapport médical du 12 janvier 2022 le médecin traitant avait précisé que l'assuré prenait encore, dans le contexte de la péricardite, de la Prednisone à raison de 20 mg/jour et qu'un traitement de Méthotrexate, à raison de 15mg/semaine avait été réintroduit, en y ajoutant un traitement de Tocilizumab à raison de 8mg/kg toutes les quatre semaines, avec l'objectif d'atteindre la rémission de la polyarthrite rhumatoïde dans les six mois. Sur le plan cardiaque l'évolution était favorable, le traitement de Colchicine avait pu être stoppé à trois mois, en mars 2022 et la Prednisone réduite à 5 mg/jour. L'échographie transthoracique montrait l'absence d'épanchement péricardique le 9 mars 2022 ;
- six mois après l'introduction du traitement de Tocilizumab, le résultat était satisfaisant sur le plan de la polyarthrite DAS 28-CRP (ci-après : DAS) dont le score était de 1.6. Il était précisé que cet indice d'activité tenait compte de la palpation de 28 articulations avec une gradation entre l'absence de douleurs à la palpation et la mobilisation côtée à zéro et une douleur avec grimace et retrait du membre. Le DAS tenait compte également de la vitesse de sédimentation globulaire et de l'appréciation globale du patient sur une échelle visuelle analogique de 100 mm (il s'agissait donc d'une autoévaluation pour ce dernier critère) ;

- l'expert E_____ a commenté cette évolution, expliquant que jusqu'au 12 janvier 2022 le médecin traitant ne notait pas de tuméfaction articulaire. Le 17 juin 2022, après une dernière perfusion de Tocilizumab le 10 mai 2022, le DAS s'élevait à 1.6, ce qui correspondait à une polyarthrite rhumatoïde en rémission. Pour être considéré en rémission, le DAS devait être inférieur à 2.6. L'échelle de mesure du DAS était la suivante : entre 2.6 et 3.2, la polyarthrite rhumatoïde était faiblement active ; entre 3.2 et 5.1, elle était modérément active, et au-dessus de 5.1, la polyarthrite rhumatoïde était très active ;
- dans son rapport médical du 2 septembre 2022, le médecin traitant a relevé que la Prednisone avait pu être sevrée et que le Méthotrexate avait été mis en suspens en avril 2022. Le traitement de Tocilizumab avait été poursuivi avec l'émergence d'une recrudescence des symptômes, deux jours avant la date prévue de la perfusion. Sur le plan clinique il a relevé des douleurs de l'articulation métacarpo-phalangienne (ci-après : MCP) trois, à droite un peu tuméfiée. L'assurée signalait un genou gauche tuméfié, pendant un jour, sans que l'on sache s'il s'agissait d'une douleur présente dans le contexte de la polyarthrite rhumatoïde ou d'un dérangement interne. L'experte relevait que le médecin traitant ne précisait pas le score DAS mais estimait qu'on pouvait aisément déduire de ses explications qu'une seule articulation douloureuse et peu tuméfiée n'était pas représentative d'une activité de la maladie ;
- dans son rapport médical du 15 décembre 2022, le médecin traitant ne relevait aucune articulation tuméfiée ni douloureuse donc une rémission des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde.
- l'experte relevait que les radiographies du pied et des mains du 4 janvier 2023 ne montraient pas d'anomalie de calcification, de tuméfaction d'anomalie de la trame osseuse et, en particulier dans le contexte de la polyarthrite, pas d'érosion osseuse. Il n'y avait donc vraisemblablement pas de trace d'une décompensation articulaire ;
- dans son rapport médical du 9 mars 2023, le médecin traitant rapportait toujours un effet de fin de dose au Tocilizumab mais qui était variable. L'assurée ne rapportait pas d'arthrite depuis la dernière consultation de décembre 2022 ; le DAS était à 1.42, ce qui correspondait donc à une rémission des symptômes de la polyarthrite ;
- dans son rapport médical du 1^{er} septembre 2023, le médecin traitant rapportait un DAS à 1.5, ce qui correspondait une rémission des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde ;
- dans son rapport médical du 4 janvier 2024, le médecin traitant précisait que l'assuré n'avait pas reçu sa perfusion de Tocilizumab au mois de décembre 2023 en raison d'une infection respiratoire. Elle décrivait des douleurs intenses au pied, une valeur matinale inférieure à 20 minutes et le médecin traitant envisageait qu'il y avait eu une possible poussée, à six semaines après

la dernière perfusion du mois de novembre. Il notait une CRP à 13 mg/litre, étant précisé que la valeur normale de cet indice se situait habituellement dans une valeur inférieure à 5 ou 6 mg/litre. Notant qu'à ce moment, l'assurée avait eu une toux productive, il était difficile de dire si l'augmentation de la CRP était due à une problématique rhumatologique ou pulmonaire. À l'examen physique, le médecin traitant avait noté l'absence de synovite au niveau des mains, bien que l'étreinte de l'articulationsmétatarso-phalangienne (ci-après : MTP) soit douloureuse à gauche, mais avec une palpation individuelle des MCP indolore selon ses constatations. C'était à cette date qu'il avait envisagé, pour sa patiente, d'interrompre le traitement de Tocilizumab et de le remplacer par un traitement d'Abatacept IV en raison d'une prise pondérale et du développement de la cellulite ;

- l'experte E_____ relevait que lorsqu'elle avait examiné elle-même l'assurée, le 15 janvier 2024, soit dix jours après le médecin traitant, l'assurée avait déclaré ne pas savoir quoi répondre au sujet de l'efficacité du traitement de Ticilizumab estimant finalement qu'il y avait eu environ 60% d'amélioration. À l'anamnèse, lors de l'expertise, l'experte précisait que l'assurée ne présentait pas de raideur matinale et que, dans l'évolution, il y avait des jours et des périodes sans douleurs. Le 15 janvier 2024, elle avait désigné une douleur de l'IPP du deuxième et troisième rayon de la main gauche et de l'IPP du deuxième rayon à droite ainsi que des douleurs de la voûte plantaire, principalement au pied gauche. L'experte relevait néanmoins que, dans le contexte de ses douleurs du pied gauche, l'assurée maintenait une activité de marche de 10 à 12 km par jour et exécutait toutes les tâches ménagères, y compris serrer la serpillière ainsi que d'autres tâches manuelles. L'experte mentionnait qu'habituellement les personnes présentant une polyarthrite rhumatoïde active parlaient d'une asthénie ou d'une fatigue ; l'assurée présentait une fatigue liée à des troubles du sommeil, dans le contexte du décès de son fils en 2018, mais pas d'asthénie puisqu'elle marchait quotidiennement 10 à 12 km par jour. L'experte avait constaté à l'examen clinique, au niveau du poignet droit décrit comme douloureux, qu'il n'y avait pas de signe de gonflement, pas de limitation de la mobilisation articulaire et que la palpation du carpe était indolore lorsque l'attention de l'assurée était déviée. Au niveau des mains, on constatait un enroulement complet des doigts longs, sans aucune trace de synovite, en particulier au niveau des deuxième et troisième rayon à droite et du deuxième rayon à gauche ; il n'y avait pas de douleurs à la mobilisation des chevilles en flexion-extension et pas de limitation des amplitudes, pas plus que de douleurs à la palpation de la voûte plantaire des deux côtés. Lors des examens complémentaires effectués le 16 janvier 2024, soit une échographie du poignet et de la main gauche ainsi que de l'avant pied gauche, l'experte avait constaté qu'au niveau des mains l'échographie montrait un aspect compatible avec des signes de ténosynovite chronique, sans inflammation active au Doppler pulsé pour les tendons des

fléchisseurs des rayons deux à cinq. L'ultrason du pied gauche montrait une bursite sous capito-métatarsienne des troisième et cinquième niveau et un névrome de Morton entre la deuxième et la quatrième tête des métatarsiens pouvant expliquer les douleurs dans le contexte d'une platipodie. Il ne s'agissait donc pas de symptômes s'exprimant dans le contexte d'une polyarthrite rhumatoïde, raison pour laquelle l'experte avait considéré, à l'issue de ses examens, que l'assurée était en rémission ;

- dans son rapport de consultation du 8 juillet 2024, le médecin traitant précise qu'il a opéré un changement de thérapie. En avril 2024, soit après l'examen d'expertise, le traitement de Tocilizumab avait été arrêté en raison d'une prise de poids de 12 kg et de dystrophies superficielles. Il avait été remplacé par l'Abatacept, avec comme effet secondaire une décompensation respiratoire après la troisième perfusion de ce dernier médicament. Le traitement en monothérapie de Méthotrexate était temporairement réintroduit - bien qu'inopérant sur le patient en monothérapie - et des investigations allergologiques étaient menées pour savoir si les réactions respiratoires à l'Abatacept étaient de nature allergique, étant précisé que le résultat des investigations conditionnerait la suite du traitement rhumatologique. Dans le contexte d'une toux productive avec expectorations blanchâtres et brunâtres lors de cette consultation, il était proposé de suspendre le Méthotrexate et d'envisager un traitement auprès du service de pneumologie des HUG. L'experte constatait qu'en juillet 2024, le médecin traitant ne transmettait pas de récurrence des symptômes de polyarthrite rhumatoïde s'exprimant anatomiquement sous la forme de synovite ou ténosynovite aiguë tout en précisant que l'assurée présentait des douleurs au niveau du poignet droit et des genoux, avec une nette prédominance à gauche, mais sans que des tuméfactions ne soient constatées.

d. À la suite du complément d'expertise, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision du 23 février 2026 refusant toute prestation pour la période antérieure au 1^{er} avril 2024.

e. Par courrier de son conseil, daté du 27 avril 2026, l'assurée a contesté le projet de décision alléguant que les conclusions de l'experte, dans le cadre de l'expertise complémentaire du 16 janvier 2026 amenaient de sérieuses réserves en raison du fait que le traitement par Tocilizumab, qui était un immunosupresseur, influençait la CRP qui constituait un des paramètres essentiels du calcul du DAS, raison pour laquelle, l'activité inflammatoire réelle de la maladie était sous-estimée « artificiellement ». De plus les manifestations cliniques étaient incompatibles avec une rémission, telles que les douleurs articulaires dont il était fait état en septembre 2022. Enfin, une véritable rémission impliquait une stabilité clinique durable, ce qui n'était pas le cas en l'espèce puisque l'assurée continuait d'être prise en charge par les HUG. Enfin, l'absence d'anomalie radiologique relevée en janvier 2023 ne permettait pas de conclure à une rémission car l'imagerie pouvait

rester normale pendant une période prolongée malgré la persistance d'une inflammation active. L'assurée invoquait encore le fait qu'aucune évaluation fonctionnelle approfondie n'avait été réalisée ce qui constituait une lacune importante de l'expertise et que la cohérence de l'appréciation de l'expert était contrecarrée par l'évolution ultérieure de l'incapacité de travail de l'assurée qui avait passé de 75% en 2022 à 100% en janvier 2024, ce qui n'était pas conciliable avec l'existence d'une rémission durable.

f. Par décision du 11 mai 2026, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision, retenant un degré total d'invalidité de 4% pour la période allant de juin 2022 à mars 2024, soit pour la sphère professionnelle (quote-part de 75%) un empêchement de 4.69% correspondant à un degré d'invalidité pondéré de 3.52% et pour la sphère ménagère (quote-part de 25%), un empêchement nul.

D. a. Par acte de son conseil déposé par devant le greffe de la chambre de céans, le 12 juin 2026, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 11 mai 2026, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à une rente invalidité entière à compter du 1^{er} février 2023 et ce pour une durée illimitée, le tout sous suite de frais et dépens. Dans les grandes lignes, l'assurée reprenait les critiques qu'elle avait déjà développées dans son courrier du 27 avril 2026. Elle joignait à son recours une attestation « à qui de droit » réalisée à la demande de la recourante, datée du 12 juin 2026 et signée par le Dr B_____ qui précisait que les scores d'activité dépendaient des marqueurs inflammatoires sanguins et que l'inhibition de l'IL6 par le Tocilizumab pouvait atténuer la réponse en termes de concentration de CRP et ainsi sous-estimer l'activité réelle de la maladie. Le médecin traitant observait qu'en janvier 2024, la patiente avait consulté, à six semaines de la dernière perfusion de Tocilizumab, pour des douleurs très intenses et que l'on avait relevé une CRP à 13mg/litre alors que la norme était inférieure à 5mg/litre ce qui semblait s'expliquer par le fait de n'avoir pas eu sa perfusion à quatre semaines de la dernière. Il était encore ajouté que la patiente avait continué de rapporter des symptômes articulaires et extras articulaires et un effet de fin de dose et que depuis 2021 plusieurs autres diagnostics liés ou pas à la polyarthrite rhumatoïde avait été retenus et compliquaient la prise en charge. Le médecin traitant concluait que les différents points susmentionnés entraînaient des conséquences négatives évidentes sur les activités de la vie quotidienne et sur les capacités fonctionnelles et professionnelles de l'assurée.

b. Par réponse du 29 juin 2026, l'OAI s'est fondé sur l'expertise complémentaire de l'experte E_____ et a conclu au rejet du recours. En ce qui concernait l'attestation du 12 juin 2026 du Dr B_____, l'OAI a renvoyé au rapport du SMR du 17 juin 2026. Ce dernier reconnaissait que la diminution du DAS pouvait être liée à la prise de Tocilizumab mais ajoutait que l'examen clinique avait montré une absence de synovite et que l'examen échographique avait objectivé une absence de ténosynovite et d'épaississement synovial ; ces constatations

constituaient des mesures objectives de l'absence d'atteinte inflammatoire. Par ailleurs, les autres diagnostics mentionnés par le médecin traitant, qu'ils soient liés ou pas à la polyarthrite rhumatoïde, n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail durable.

c. Par réplique du 20 juillet 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions, considérant que le rapport du SMR n'était pas une véritable appréciation médicale dès lors qu'il se bornait à affirmer qu'il partageait les conclusions de l'experte. De surcroît, même si une amélioration clinique relative avait existé sous traitement, on ne pouvait pas l'assimiler à une amélioration durable car elle dépendait entièrement de l'administration continue d'un traitement biologique lourd. L'assurée concluait que les nouveaux rapports du médecin traitant confirmaient, au contraire, que la polyarthrite rhumatoïde était demeurée active durant toute la période litigieuse, malgré un traitement biologique lourd et que la recourante n'avait jamais retrouvé une capacité de travail entière.

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

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 11 mai 2026, retenant un degré total d'invalidité de 4% pour la période allant de juin 2022 à mars 2024, singulièrement sur la question d'une amélioration notable et durable de l'état de santé de la recourante.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

3.3 L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.

4.1 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées, sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que

l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

4.2 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

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

4.4 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).

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

4.6 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.7 Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références) et sans que des investigations

médicales supplémentaires ne soient nécessaires (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2).

4.8 Les médecins peuvent évaluer la capacité de travail d'une personne assurée sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, par une appréciation rétrospective de la situation à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.1 et la référence).

5.

5.1 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 139 V 176 consid. 5.3).

6. En l'espèce, la recourante nie qu'une amélioration de son état de santé se soit produite de manière durable, avec pour effet qu'elle aurait récupéré une capacité de travail totale dans une activité adaptée pendant l'année 2022.

L'intimé, en revanche, se fonde sur l'avis de son service SMR, qui estime que l'expertise réalisée par la Dre E_____, ainsi que son complément, ont une pleine valeur probante et que l'experte considère que la situation de la polyarthrite rhumatoïde s'est stabilisée pendant l'année 2022, ce qui a entraîné un retour de la capacité de travail de l'assurée.

6.1 L'affection dont souffre la recourante, soit une polyarthrite rhumatoïde, est considérée comme une maladie évoluant par poussées ou « par vagues » avec des périodes d'aggravation et de rémissions des symptômes.

Le Tribunal fédéral s'est prononcé à plusieurs reprises sur les particularités des maladies de ce type, dès lors qu'il s'agissait de déterminer si la connexité temporelle de la maladie et de l'incapacité de travail qui en découlait, était maintenue, ou non, pendant une période de rémission.

Dans son arrêt du 23 février 2021 (9C_333/2020) (consid. 5.3 et 5.4), le Tribunal fédéral a dû examiner si le lien de connexité temporelle avait été rompu dans le cas d'une assurée qui avait bénéficié d'une rente de l'assurance-invalidité dès le mois de mai 1999 et dont l'incapacité de travail ayant débuté dès le 18 août 2015, n'avait pas été interrompue pendant la période d'activité professionnelle à 100% du 1^{er} août 2014 ou 18 août 2015.

Il a constaté que les premiers juges avaient d'abord considéré que cette période d'activité avait constitué une tentative de reprise du travail. Après avoir constaté que l'assurée avait travaillé à 100% dès le 1^{er} août 2014, sans présenter d'incapacité de travail médicalement attestée avant le 18 août 2015, la juridiction cantonale avait admis que l'incapacité durable de travail médicalement attestée dès cette dernière date trouvait sa cause dans l'activité professionnelle exercée à 100% dès le 1^{er} août 2014, qui avait progressivement entraîné un épuisement des ressources de la recourante et une augmentation des symptômes. Dans le contexte d'un trouble schizo-affectif évoluant sous la forme de « poussées-rémissions », présent depuis de nombreuses années et ayant justifié l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité jusqu'au 30 avril 2015, soit pendant encore les neuf premiers mois de la période d'activité à 100% de la recourante, les premiers juges avaient considéré que le seul fait que cette atteinte à la santé n'ait pas entraîné de période d'arrêt de travail ou de diminution du taux d'activité pendant une année n'était pas suffisant pour interrompre le lien de connexité temporelle.

À cet égard, les juges de Mon-Repos ont déclaré que « lorsque l'atteinte à la santé se caractérise par une alternance des périodes d'exacerbation et de rémission, comme c'est le cas en l'espèce des troubles psychiques présentés par la recourante, une période de plusieurs mois pendant laquelle la personne assurée est en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps ne signifie pas nécessairement que l'état de santé et la capacité de travail se sont durablement améliorés lorsque l'augmentation de la charge professionnelle entraîne, après quelque temps, une recrudescence des symptômes conduisant à une nouvelle incapacité de travail notable (arrêts 9C_515/2019 et 9C_578/2018 cités) ».

Dans un arrêt du 20 janvier 2023 (9C_209/2022), le Tribunal fédéral a rappelé « que la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée, pendant plus de trois mois et que celle-ci lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et les références). Toutefois, cette durée de trois mois doit être relativisée lorsque l'activité en question doit être considérée comme une tentative de réinsertion, en particulier lorsque l'invalidité résulte d'une maladie évoluant par poussées, telle que la sclérose en plaque ou la schizophrénie. Lorsque les tableaux cliniques sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec une alternance des périodes d'exacerbation et de rémission, même une phase plus longue pendant laquelle la personne assurée avait pu reprendre le travail n'implique pas forcément une amélioration durable de l'état de santé et de la capacité de travail si chaque augmentation de la charge professionnelle entraîne après quelque temps, en règle générale, une recrudescence des symptômes conduisant à une nouvelle incapacité de travail notable. La jurisprudence essaie d'en tenir compte en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce

(arrêt 9C_333/2020 du 23 février 2021 consid. 5.2 et les références) » (consid. 6.2).

Il appartient donc au juge de se fonder sur des « éléments objectifs importants » pour essayer de déterminer s'il y a eu, ou non, une rupture du lien de connexité temporelle ce qui, comme dans le cas d'espèce, pourrait être considéré comme une amélioration de l'état de santé susceptible de permettre de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration notable et durable de l'état de santé a eu pour effet que l'assurée a bénéficié, entre deux périodes d'incapacité de travail, d'une période intermédiaire, lors de laquelle une capacité de travail entière peut lui être attribuée.

L'intimé a considéré que cet état de fait pouvait être déduit du rapport d'expertise de la Dre E_____.

6.2 La chambre de céans constate que l'experte a pris connaissance du dossier complet de la recourante, étudié et discuté les rapports pertinents y figurant, présenté une anamnèse détaillée et fouillée, et a retranscrit précisément les informations livrées par la recourante, s'agissant particulièrement de ses plaintes et habitudes.

Dans son précédent arrêt, la chambre de céans a considéré que le rapport d'expertise de la Dre E_____ présentait une pleine valeur probante, sauf en ce qui concernait la période de « rémission » et de stabilité à partir du mois de juin 2022 où des indices concrets permettaient de considérer que les appréciations de l'experte n'étaient pas suffisamment précises et étayées pour admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il y avait véritablement eu rémission et stabilité de la maladie pendant une période de deux ans.

Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015).

Dans son complément d'expertise du 16 janvier 2026, l'experte E_____ s'est montré beaucoup plus claire et détaillée quant aux raisons pour lesquelles elle avait retenu une période de rémission. Elle a repris les rapports médicaux du Dr B_____ pour la période allant du 12 janvier 2022 jusqu'au 4 janvier 2024 et a expliqué les conclusions qu'elle tirait à partir des observations de son confrère.

6.3 Selon le rapport du 12 janvier 2022, le traitement de Tocilizumab est introduit par le médecin traitant avec une fréquence d'une prise toutes les quatre semaines, dans le but d'atteindre la rémission de la polyarthrite rhumatoïde dans les six mois.

Il convient de rappeler que le traitement par Tocilizumab, sous forme de perfusion intraveineuse mensuelle administrée entre janvier 2022 et avril 2024 entraîne une suppression des réactifs de la phase aiguë ; il masque une éventuelle inflammation, car le traitement a pour effet d'abaisser la protéine C-réactive-CRP et peut fausser une appréciation uniquement fondée sur le taux de CRP, comme le souligne le compendium suisse qui attire l'attention sur le fait que « l'inhibition de l'IL-6 peut atténuer la réponse à l'inflexion en termes de concentration de CRP et de nombre de neutrophiles ».

La « Revue médicale suisse », dans son édition n° 818 du 15 mars 2023 a publié un article intitulé « *Poussées de la polyarthrite rhumatoïde* », rédigé par les docteurs Edouard Chaix et Kim Lauper, spécialistes en rhumatologie. En p. 517, les spécialistes relèvent les difficultés inhérentes à l'identification des scores des poussées de la maladie :

« Dans le domaine de la recherche, les poussées de polyarthrite ont souvent été définies par l'utilisation de cut-off prédéfinis de variation des scores de suivi habituels de la PR tels que le DAS-28, le Simple Disease Activity Index (SDAI), ou encore le Clinical Disease Activity Index (CDAI), parfois couplés à l'avis du clinicien. Ces scores sont basés sur plusieurs variables représentant des aspects clés de la maladie, dont le nombre d'articulations douloureuses, tuméfiées, l'activité subjective de la maladie évaluée par le patient ou encore les marqueurs de l'inflammation. Il n'y a cependant pas de consensus concernant leur utilisation pour l'identification des poussées dans la recherche (et en pratique clinique), compliquant la comparabilité des études. Cette difficulté à atteindre une uniformisation est peut-être due à la variabilité des manifestations des poussées qui touchent de nombreux aspects du quotidien des patients, dont la douleur, la fonction physique, la fatigue, la raideur, leur capacité à participer à des activités sociales et leur autonomie ».

Une appréciation de la stabilité de la polyarthrite rhumatoïde uniquement fondée sur les analyses sanguines semble insuffisante en raison de l'effet inhibiteur du traitement par Tocilizumab. Par conséquent, la chambre de céans laissera de côté le critère du score du DAS et examinera les autres symptômes retenus par le médecin traitant ou par l'experte, tels que le nombre d'articulations douloureuses ou tuméfiées, l'imagerie médicale et l'activité subjective de la maladie évaluée par la patiente.

Dans son rapport médical du 2 septembre 2022, sous ch. 10, le Dr B_____ constate que la situation s'est nettement améliorée sous traitement immunosuppresseur. Il persiste malgré le traitement un effet de fin de dose avec

des arthrites migrantes et imprédictibles, avec une répercussion sur l'activité professionnelle difficile à évaluer et imprévisible. Sur le plan des limitations fonctionnelles, le médecin traitant est peu précis, il déclare sous ch. 6 que, non traitées les arthrites et les sérosites limitent la patiente pour les activités de la vie quotidienne et professionnelle, en raison de douleurs et de la restriction des amplitudes articulaires ainsi que des douleurs thoraciques et dyspnée. Au moment de cet examen l'assuré ne se plaint que d'une douleur diffuse de l'articulation MCP à droite, peu tuméfiée.

Cette constatation objective peut être retenue comme indiquant une absence d'inflammation ou de tuméfaction des articulations au mois de septembre 2022.

Lors de la consultation du 15 décembre 2022, le Dr B_____ relève également qu'il n'y a pas d'articulation tuméfiée ni douloureuse, ce qui confirme une amélioration déjà constatée au mois de septembre 2022.

À teneur du rapport du 9 mars 2023 du Dr B_____, l'assurée ne rapporte pas d'arthrite depuis la dernière consultation de décembre 2022, ce qui confirme l'amélioration constatée depuis le mois de septembre 2022.

Dans son rapport du 4 janvier 2024, le Dr B_____ fait état des plaintes de la recourante qui décrit des douleurs très intenses au pied, que le médecin explique par une poussée due à l'absence de perfusion de Tocilizumab en décembre 2023, pour motif d'infection respiratoire. Il constate l'absence de synovite au niveau des mains, une étreinte des MTP douloureuse à gauche, mais pas à la palpation individuelle des MCP.

Selon le Dr B_____, la poussée s'explique par le fait que le traitement de Tocilizumab n'a pas pu être administré au mois de décembre 2023. Partant, on ne peut pas considérer que cet événement isolé a eu pour effet d'interrompre l'amélioration constatée depuis le mois de septembre 2022.

Lorsque l'experte E_____ examine la patiente le 15 janvier 2024, elle constate qu'il n'y a pas de raideur matinale et ne voit pas de signes de gonflement ou de limitation de la mobilisation articulaire au niveau du poignet droit qui est pourtant décrit comme douloureux. Il n'y a aucune trace de synovite dans les mains.

Ces constatations confirment l'absence de symptômes typiques de la polyarthrite rhumatoïde, tels que les gonflements et les tuméfactions.

À l'échographie du 16 janvier 2024 aucune inflammation active du poignet et de la main gauche ainsi que de l'avant pied gauche n'apparaissent. S'agissant des douleurs au pied gauche elles peuvent s'expliquer, selon l'experte, notamment par la présence d'un névrome de Morton n'ayant pas de lien avec la polyarthrite rhumatoïde.

S'agissant de la détermination du SMR selon laquelle l'absence de synovite échographique serait un élément objectif, la Revue médicale suisse n° 641, du 6 mars 2019, a publié un article intitulé « *Polyarthrite rhumatoïde : apport de l'imagerie, quoi de neuf ?* », rédigé par le docteur Pascal Zufferey, spécialiste en rhumatologie, qui relève à propos de l'échographie :

« Pour ce qui est de l'aide au diagnostic, il se confirme que, comme pour l'IRM, les synovites sont mieux objectivées par échographie que par l'examen clinique, mais qu'elles sont souvent non spécifiques. L'échographie permet donc, comme l'IRM, d'augmenter la sensibilité, mais elle diminue également la spécificité, d'où un risque de surdiagnostic. »

L'ultrason a prouvé son utilité surtout chez les patients avec des polyarthralgies susceptibles d'évoluer vers une polyarthrite vraie. Plusieurs études ont démontré que l'ultrason avait alors une valeur pronostique et que la présence de synovites infracliniques objectivables par échographie pouvait être un bon indicateur d'évolution vers une PR, surtout en l'absence d'anti-CCP »

A la lumière des éléments objectifs examinés *supra*, soit les gonflements ou les tuméfactions des articulations ainsi que l'imagerie échographique, la chambre de céans considère la période de « rémission » et de stabilité à partir du mois de septembre 2022, puisqu'à teneur du rapport médical du 2 septembre 2022 du rhumatologue B_____, seule l'articulation MCP trois à droite est un peu tuméfiée.

La recourante conteste l'amélioration, considérant notamment que cette dernière dépendrait entièrement de l'administration continue d'un traitement biologique lourd.

Elle perd de vue que la particularité de la maladie dont elle souffre est d'évoluer par poussées, ce qui nécessite, effectivement, un traitement permettant, soit de diminuer les effets desdites poussées, soit de diminuer leur fréquence.

6.4 Dès lors que le dépôt de la demande de prestations invalidité date du 30 août 2022 et que la chambre de céans considère, sur la base du rapport du médecin traitant du 2 septembre 2022 et du complément d'expertise, que la maladie est en rémission depuis cette date, la décision de l'intimé d'octroyer à la recourante une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 75% uniquement à partir du 1^{er} avril 2024, ne prête pas le flanc à la critique.

7.

7.1 À l'aune de ce qui précède, le recours est rejeté.

7.2 Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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