

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2260/2025

ATAS/326/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 avril 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

représentée par Me Guy ZWAHLEN, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1982, d'origine somalienne, arrivée en Suisse en 1993, et ayant obtenu la nationalité suisse, a souffert en juin 1998 d'une tuberculose cérébrale.
- b.** Après avoir interrompu sa formation au collège, l'assurée a continué ses études à l'École de culture générale, puis occupé quelques rares emplois temporaires et stages.
- c.** La tuberculose intracrânienne dont elle a souffert en 1998 a nécessité un traitement long et éprouvant, compliqué par l'apparition de crises épileptiques, accompagnées de migraines. Les tests neuropsychologiques ont suggéré un dysfonctionnement fronto-temporal, compatible avec les résultats de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et se manifestant par une difficulté langagière.
- B.** **a.** En novembre 2003, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- b.** Le 20 décembre 2005, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que l'atteinte tuberculeuse cérébrale avait entravé d'une manière certaine les études de l'assurée, d'abord en raison de l'intensité et de la durée du traitement, puis par l'installation de séquelles, stabilisées radiologiquement depuis 2001 et, cliniquement, depuis octobre 2005. Le SMR préconisait d'accompagner l'assurée dans une formation de son choix, tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques et neuropsychologiques (n'impliquant, par exemple, pas de compétences verbales élaborées [élaboration de textes ou de discours complexes]). La capacité de travail était évaluée à 70%, voire 100% durant certaines périodes.
- c.** L'assurée a été mise au bénéfice d'une formation professionnelle initiale (décision du 11 septembre 2006) et a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante socio-éducative.
- d.** Par décision du 11 novembre 2010, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité pour une période limitée dans le temps : du 1^{er} novembre 2002 au 30 septembre 2009.

L'OAI a rappelé que le SMR avait reconnu à l'assurée une capacité de travail exigible de 70% dans toute activité professionnelle.

Il a constaté qu'au terme de sa formation initiale, l'assurée avait obtenu un CFC d'assistante socio-éducative et qu'elle avait été engagée, le 1^{er} septembre 2009, auprès d'un établissement médico-social (EMS), à 80%. Elle avait toutefois décidé de mettre un terme à cette activité professionnelle, qui ne correspondait pas à sa formation de base.

Le degré d'invalidité a dès lors été calculé en comparant le revenu que l'assurée aurait pu obtenir en qualité d'assistante socio-éducative à 70% en 2009 (CHF 52'592.-) au revenu sans invalidité (CHF 67'500.-). Le taux ainsi obtenu, de 22,09%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

- C.**
- a.** Le 12 mars 2020, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations.
 - b.** Le docteur C_____, neurologue, a fait état, le 25 août 2020, d'une aggravation, avec épuisement, perte de la résistance à l'effort et réapparition des crises épileptiques. Il a évalué la capacité de travail de sa patiente à 40% dans une activité adaptée.
 - c.** La docteure C_____, médecin traitant, a quant à elle mentionné, dans un rapport du 3 septembre 2020, une asthénie multifactorielle (carence martiale substituée, deux grossesses, surcharge professionnelle, traitement pour l'épilepsie), étant précisé que l'assurée était enceinte de son troisième enfant, que le traitement était inchangé et qu'aucun arrêt de travail prolongé n'avait été délivré au cours de l'année précédente.
 - d.** Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR, qui a constaté que, bien que le neurologue signalât une augmentation des crises épileptiques, il n'avait ni changé le traitement, ni proposé d'hospitalisation. Il n'avait pas non plus amené d'élément objectif susceptible de corroborer l'existence d'une aggravation. Quant aux facteurs évoqués par le médecin traitant, ils étaient principalement extra médicaux (surcharge professionnelle et familiale dans le contexte d'une troisième grossesse en cours). Dans ces circonstances, une expertise bi-disciplinaire (neurologie et médecine interne) était préconisée pour évaluer la situation.
 - e.** L'expertise a été confiée au Centre d'Expertises Médicales (ci-après : CEMed), plus particulièrement aux docteurs D_____, neurologue, et E_____, médecin praticien, qui ont rendu leur rapport en date du 12 mai 2021.

Les experts ont indiqué qu'en dernier lieu, l'assurée avait exercé en tant qu'assistante socio-éducative aux Établissements publics pour l'intégration (EPI), initialement à un taux de 80%, puis de 60%.

Ont été rappelés, à titre d'antécédents médico-chirurgicaux principaux : une tuberculose cérébrale diagnostiquée en 1998 et traitée par intervention chirurgicale et thérapie antituberculeuse prolongée avec une évolution tout à fait favorable des atteintes.

L'assurée était porteuse d'un syndrome de Franceschetti-Klein, responsable de troubles auditifs (surdité bilatérale mixte prédominant à gauche), d'une rhinosinusite chronique, mais également d'un dysmorphisme facial (malformation de la partie moyenne et inférieure du visage), dont les experts ont relevé qu'il n'avait pas empêché l'assurée de réussir son CFC et d'exercer une activité professionnelle depuis lors. Pour l'assurée, appareillée, la surdité ne semblait pas représenter un handicap ou entraîner des limitations fonctionnelles significatives.

Ont également été mentionnés des troubles urologiques, survenus dans les suites d'un traitement antibiotique utilisé pour la tuberculose cérébrale (vessie neurogène de faible capacité). Sur ce plan, la situation avait été stabilisée jusqu'au troisième accouchement de l'assurée, en septembre 2020. Les troubles urologiques avaient alors réapparu, mais un traitement avait permis de les atténuer à nouveau et une consultation réalisée auprès d'un spécialiste, le 31 mars 2021, avait montré une évolution correcte, ne nécessitant pas de prise en charge supplémentaire.

Dans les suites de son troisième accouchement, en septembre 2020, l'assurée avait souffert d'une infection à la Covid-19.

Depuis 2001, l'assurée se plaignait de maux de tête violents, accompagnés de troubles visuels et du langage, d'une perte de vigilance et d'un état de fatigue important. Ces phénomènes avaient tout d'abord été considérés comme d'origine migraineuse, avant que ne soit évoquée la probabilité de facteurs épileptogènes, chez une patiente présentant depuis l'enfance des migraines simples avec maux de tête violents, nausées et vomissements. Sur le plan de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, la durée et la fréquence des migraines n'entraînaient ni limitations fonctionnelles significatives, ni incapacité de travail.

L'assurée avait également souffert d'une épilepsie temporale, étant précisé que, selon ses dires, il n'y avait plus eu de crise comitiale depuis 2016 au moins. Les phénomènes comportant maux de tête et perte de contact avaient également disparu, mais des migraines avec nausées et vomissements persistaient, pouvant durer une demi-journée à une journée, survenant à une fréquence d'environ une fois tous les deux mois. Ces troubles n'ont pas non plus été retenus comme invalidants. Cela étant, les experts ont recommandé d'éviter toute activité impliquant la conduite professionnelle d'un véhicule automobile, des activités en hauteur ou à proximité d'un engin dangereux.

Par ailleurs, les experts ont rappelé qu'avant même le début de la formation professionnelle, l'assurée avait fait l'objet d'un bilan neuropsychologique qui avait montré de discrètes difficultés dans l'élaboration du discours et des difficultés attentionnelles légères. Ce tableau neuropsychologique traduisait une atteinte modérée suggérant un dysfonctionnement fronto-temporal compatible avec la formation professionnelle envisagée par l'assurée et le Professeur F_____ avait conclu à une capacité de travail de 70%, voire 100%.

Les experts ont souligné que la situation neurologique et neuropsychologique de l'assurée n'apportait pas d'explications claires à ses plaintes et à l'incapacité de travail qui semblait lui avoir été accordée. La fatigue était un symptôme peu spécifique. Parmi les causes neurologiques potentielles, a été cité le traitement pour l'épilepsie, tout en soulignant qu'il était administré de longue date, que son dosage n'avait pas été modifié et que ce type de traitement était généralement bien toléré sur le plan de la vigilance et/ou de la fatigue. Les experts ont rappelé que la

fatigue est une notion subjective. Selon eux, rien ne pouvait l'expliquer objectivement lors de l'évaluation. D'ailleurs, l'assurée avait pu rester attentive durant toute la durée de l'expertise, le bilan sanguin réalisé montrait une valeur de ferritine parfaitement dans les normes et les questionnaires ne montraient aucune dette de sommeil. Une polysomnographie réalisée en février 2018 n'avait montré qu'un syndrome d'apnées du sommeil léger.

Les experts en ont tiré la conclusion que l'origine la plus probable de la fatigue dont se plaignait l'assurée était sans doute à rechercher dans le contexte familial : il s'agissait d'une mère de trois enfants exerçant parallèlement une activité professionnelle lucrative relativement exigeante sur le plan de la résistance intellectuelle.

Ont été finalement retenus à titre de diagnostics : un status après tuberculose cérébrale, une épilepsie lésionnelle depuis 2002, un syndrome de Franceschetti-Klein avec surdité mixte bilatérale à prédominance gauche et rhinosinusite chronique, un syndrome de Lyell en 2003, une vessie neurogène centrale, des migraines depuis l'enfance, des troubles neuropsychologiques modérés et un kyste arthrosynovial dorsal du poignet droit en 2019. Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de port occasionnel de charges de plus de 15 kg, toilettes à proximité du lieu de travail, pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile, pas d'activité en hauteur, ni à proximité d'un engin dangereux.

D'un point de vue strictement neurologique, les experts ont conclu à l'absence d'élément justifiant une diminution de la capacité de travail.

Finalement, les experts ont conclu à une capacité de travail identique à celle définie précédemment, soit 70%. Ils ont souligné que loin de progresser, les troubles neurologiques avaient plutôt régressé.

f. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui, le 27 mai 2021, s'est rallié aux conclusions des experts. Il a constaté que, depuis novembre 2010, l'état de santé de l'assurée était stationnaire, voire en légère amélioration. Dès lors, la capacité résiduelle de travail restait inchangée, à 70% dans l'activité habituelle d'assistante socio-éducative, répondant aux limitations fonctionnelles énoncées par les experts.

g. Par décision du 30 novembre 2021, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

D. a. Le 3 octobre 2023, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, en invoquant plusieurs arrêts de travail depuis septembre 2023.

b. Le 16 octobre 2023, le docteur G_____, psychiatre, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, en soulignant que celle-ci avait été licenciée « pour raisons médicales, vu son incapacité de travail ». Le médecin a évoqué le diagnostic de syndrome de Treacher Collins, dont il a indiqué qu'il

influençait le psychisme, le corps, la socialisation et la vie de famille de sa patiente. Ce syndrome avait selon lui des conséquences fonctionnelles (symptômes psychiques cognitifs, affectifs et relationnels). Sa patiente était incapable de travailler à 100%. Une évaluation était nécessaire pour déterminer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

c. Le Dr B_____, dans un rapport du 26 octobre 2023, a indiqué que la patiente, désormais mère de quatre enfants, était connue pour diverses pathologies. Au nombre de celles ayant une répercussion sur la capacité de travail, il a cité : une épilepsie lésionnelle, des lésions liées à une tuberculose cérébrale et une surdité mixte. L'épilepsie était stabilisée, mais il y avait néanmoins aggravation de l'état de santé sous la forme d'un épuisement s'expliquant par le travail donné à l'assurée par ses quatre enfants. La patiente semblait avoir développé une perte de résistance à l'effort. Selon le neurologue, elle était apte à travailler à 40%. Son pronostic était directement dépendant de l'état de fatigue et de résistance à l'effort de l'intéressée, dont il rappelait encore une fois qu'elle était mère de quatre enfants.

d. Dans un rapport du 26 octobre 2023, le Dr G_____ a répété que sa patiente avait été licenciée en raison de son état de santé, suite à des absences répétées. Selon lui, sa maladie génétique affecte son système psychique durablement, de façon directe et indirecte. Le psychiatre fait état d'une image de soi et d'une relation avec autrui dégradées, de troubles cognitifs et de troubles relationnels, ainsi que de troubles du sommeil. Selon lui, elle serait totalement incapable d'exercer la moindre activité.

e. Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR qui, le 4 avril 2024, a noté que le syndrome de Treacher Collins (Q75.4) correspondait au syndrome de Franceschetti-Klein (Q75.4), déjà connu. Il estimait ne pouvoir suivre les considérations des spécialistes concernant la sévérité des atteintes à la santé, dès lors qu'il n'y avait eu ni aggravation de l'atteinte neurologique, ni évolution des troubles anxieux. Le SMR a également émis des doutes quant au traitement psychiatrique médicamenteux en place (phytothérapie) et suggéré la mise sur pied d'une expertise neurologique et psychiatrique.

f. Le 15 avril 2024, la recourante a adressé à l'OAI un courrier expliquant que, selon elle, sa santé s'était fragilisée, qu'elle se sentait physiquement et psychiquement épuisée et qu'elle essayait de trouver un équilibre dans sa vie de famille. Elle imputait au syndrome de Treacher Collins cette fatigue constante et les douleurs musculaires, dont elle indiquait qu'elles avaient débuté lorsqu'elle était devenue mère. Si l'épilepsie était stable, elle souffrait, depuis son quatrième accouchement, de migraines plus régulièrement. Elle se plaignait également de douleurs à la hanche, tout en admettant qu'une IRM n'avait montré aucune atteinte. Cela étant, elle s'estimait dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle à 70%.

g. L'expertise a été confiée au Bureau d'expertises médicales (BEM), plus particulièrement aux docteurs H_____, neurologue et I_____, psychiatre, lesquels ont rendu leur rapport en date du 6 juin 2024.

Après une anamnèse détaillée, les experts ont retenu à titre de diagnostics invalidants une épilepsie focale et un trouble neuropsychologique avec dysfonctionnement fronto-temporal à prédominance hémisphérique gauche. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : une vessie neurogène centrale, une migraine avec aura et un syndrome de Franceschetti-Klein, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

L'aggravation de la fatigue évoquée par l'assurée ne pouvait s'expliquer par l'évaluation neurologique.

Ont été notées à titre de ressources : une longue expérience professionnelle, le fait que l'assurée parle plusieurs langues, qu'elle soit entourée par sa famille et ses amis et qu'elle soit apte à structurer et planifier ses tâches.

Aucune incohérence n'a été relevée.

La capacité à exercer l'activité habituelle a été évaluée à 70% dès le 1^{er} octobre 2005 sur le plan somatique, à 100% depuis toujours sur le plan psychique.

Aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'a été retenue. L'épilepsie et les troubles neuropsychologiques séquellaires étaient à l'origine de l'incapacité de travail partielle.

h. Le 11 juin 2024, le SMR, constatant que l'expertise tenait compte de la totalité des pièces versées au dossier, qu'elle se basait sur un examen clinique exhaustif et qu'elle arrivait à des conclusions cohérentes, a fait siennes lesdites conclusions. Il a estimé que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire.

i. Le 25 novembre 2024, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

j. L'assurée s'y est opposée le 30 décembre 2024.

k. Par décision du 26 mai 2025, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de manière à influencer son droit aux prestations, puisque sa capacité de travail restait inchangée (70% dans toute activité professionnelle). Le droit à la rente n'était donc pas ouvert. Celui à d'autres mesures d'ordre professionnel, non plus, dans la mesure où elles ne permettraient pas de réduire le dommage.

E. a. Par écriture du 26 juin 2025, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à compter du 3 octobre 2023.

En substance, la recourante conteste les conclusions de l'expertise. Elle reproche aux experts de n'avoir retenu aucune incidence de l'atteinte à sa vessie sur la capacité de travail et de n'avoir pas non plus tenu compte de ses migraines et de ses troubles psychiques. Elle souligne qu'elle rencontre des troubles du langage, du calcul et de la mémorisation qui entraînent une grande fatigue. Quant au syndrome de Franceschetti-Klein, qui a pour conséquence une déformation de son visage, il entraîne des difficultés psychologiques en lien avec l'acceptation de soi.

À l'appui de sa position, la recourante expose qu'elle a été mise en situation dans le monde du travail durant quelques mois, lors d'un stage de retour en emploi. Celui-ci a permis de constater qu'elle ne disposait même pas d'une capacité de travail de 40%.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit, notamment :

- un rapport établi par l'office cantonal de l'emploi (OCE) après une mesure de retour en emploi, du 3 février au 3 juin 2025 ; ce stage, qui avait pour objectif d'évaluer l'employabilité de l'assurée, a conclu qu'elle n'était pas en mesure de réintégrer le marché de l'emploi ; les renseignements médicaux obtenus dans le cadre du bilan socioprofessionnel ont retenu, sur le plan physique, les limitations physiques suivantes : fatigabilité accrue, port de charges limité à 4 kg, taux de capacité de 60% (dont il a été souligné qu'il semblait trop élevé, vu le stage effectué et le ressenti de l'assurée) ; était préconisé : un cadre professionnel structurant, stable et valorisant, offrant des interactions humaines positives, avec des attentes claires et une communication bienveillante, permettant une certaine autonomie, tout en assurant un accompagnement régulier si nécessaire ; les capacités cognitives de l'assurée ont été qualifiées de très bonnes, tout comme son autonomie, sa précision, sa rigueur, sa confiance en elle et sa gestion du stress (à ce propos, il a été noté que la fragilité évoquée par le corps médical n'avait pas été observée) ; les aptitudes relationnelles de l'assurée ont été jugées bonnes à excellentes ; en revanche, sa persévérance, sa curiosité et son engagement ont été qualifiés de faibles (le retour des employeurs et responsables de stage était bon concernant le savoir-faire de l'assurée, mais ils regrettaient ses absences répétées, parfois jugées abusives) ; la fatigabilité a été qualifiée d'importante, étant précisé que l'assurée avait indiqué qu'elle souhaitait que sa capacité de travail soit réévaluée à la baisse ; les renseignements professionnels pris dans le cadre du bilan n'ont montré aucun problème particulier dans l'exécution des prestations, mais un certain manque d'implication a pu être observé, principalement lié aux problèmes de santé récurrents et à des contraintes familiales ; il a été précisé que, bien qu'il n'y ait jamais eu besoin d'entretien de recadrage, plusieurs entretiens de suivi avaient été réalisés, en lien avec les absences répétées ; un stage d'un mois en tant que

travailleuse sociale à 40% a été effectué, régulièrement interrompu par des arrêts de travail ;

- un document non daté émanant du Dr G_____ difficilement compréhensible, mais dont il ressort, notamment, que l'assurée semble désormais refuser de suivre les consignes, que sa famille revêt une importance certaine pour elle – ce qui est associé à son épuisement –, étant rappelé qu'elle a été victime d'une tuberculose cérébrale grave, qu'elle pourrait souffrir d'une hypotonie consécutive au syndrome de Treacher Collins, que l'épuisement est « devenu ainsi un élément clinique sans une cause ou une raison clinique alors plausible d'une incapacité au travail mais correspondante à un taux décidé » (sic) ; ce médecin conclut : « Cliniquement, vu les éléments cliniques et son comportement psychosomatique au travail, d'où une réduction de son pourcentage au travail qui pourra encore être réduit en six mois, vu le risque d'échec dans sa réinsertion au travail, du fait d'une progression dysfonctionnel de ses symptômes, en aggravant ainsi son état de santé mentale et physique. Cliniquement, l'octroi d'une rente AI totale doit être considéré, vu l'état de santé de la patiente et ses difficultés d'assurer le rythme au travail, ainsi que les échecs professionnels et son exposition psychique, à cause de son incapacité à travailler » (sic).

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 juillet 2025, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé considère que l'expertise remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Selon lui, les critiques émises par la recourante, se fondant sur des éléments subjectifs sans fondement clinique, ne suffisent pas à s'en écarter.

Quant au stage de retour en emploi mis en place par l'assurance-chômage, l'intimé soutient qu'il ne permet pas de s'écarter des constatations médicales. En effet, il met en avant une assurée appréciée et disposant de compétences, mais influencée par son état de santé subjectif et sa situation familiale, laquelle lui demande un engagement conséquent. Il est rapporté que la recourante s'estime fragile physiquement et n'est pas certaine de pouvoir recommencer à travailler.

c. Dans sa réplique du 22 septembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle se réfère à nouveau au stage de retour en emploi effectué en 2025, postérieurement à l'expertise et rappelle qu'en quatre mois de stage, elle a dû s'absenter 17 jours pour raisons médicales, ce qui démontrerait que le taux d'activité retenu par les experts n'est pas exigible.

La recourante reproche aux experts de ne pas avoir analysé les effets psychologiques et traumatisants de la maladie qui lui déforme le visage et de

s'être contentés de réduire les problèmes qu'elle rencontre à des difficultés d'ordre socioculturel.

Elle rappelle que les Drs H_____ et G_____ ont retenu un trouble mental, respectivement, un trouble hypocondriaque et un trouble anxieux et de l'adaptation et s'étonne dès lors que les experts aient quant à eux nié l'existence de toute maladie psychiatrique.

d. Les autres faits seront repris, 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 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 La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.4 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]).

Interjeté dans le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

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 (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date

est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en avril 2024, soit six mois après le dépôt de la demande d'octobre 2023 (*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 de la recourante à d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si, depuis la dernière décision du 30 novembre 2021, son état de santé s'est aggravé au point de lui ouvrir droit à des prestations.

4.

4.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « allseitig »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

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

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

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

4.5 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).

4.6 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

4.7 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

4.8 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.

4.8.1 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 ; 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).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI), mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

4.8.2 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.8.3 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).

4.8.4 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 n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

4.8.5 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

4.8.6 En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de

l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in SVR* 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, *in Plädoyer* 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in Plädoyer* 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

4.9 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

5. En l'espèce, la décision litigieuse repose sur l'avis du SMR qui, après examen des différents rapports et de l'expertise recueillis lors de l'instruction de la nouvelle demande, a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, la capacité de travail demeurant inchangée.

La recourante, elle, affirme se sentir fragilisée, épuisée psychiquement et physiquement et reproche aux experts d'avoir sous-estimé l'impact des atteintes à sa santé sur sa capacité de travail. Elle invoque à l'appui de ses dires les observations faites lors d'un stage de retour en emploi mis en place par l'assurance-chômage.

Cela étant, sur le plan médical, il apparaît qu'objectivement, aucune nouvelle atteinte n'est apparue depuis novembre 2021. Le syndrome de Treacher Collins évoqué par le Dr G_____ n'est autre que celui de Franchescetti-Klein, connu de longue date.

Le psychiatre conteste que sa patiente soit apte à travailler à 100% – ce qui n'a jamais été prétendu par l'OAI –, mais ne se prononce pas sur sa capacité résiduelle de travail. Quant au Dr B_____, il se fait l'écho de la fatigue dont se plaint sa patiente, qu'il impute avant tout à sa situation familiale.

Lors de l'examen de la seconde demande de prestations déjà, les experts avaient souligné le caractère subjectif de la fatigue dont se plaignait l'intéressée.

Les experts du BEM, à leur tour, ont souligné que ladite fatigue ne trouvait aucune explication organique.

Sur le plan somatique, l'expert a décrit une situation comparable à la précédente expertise de 2021. L'examen clinique n'a montré aucune aggravation neurologique. Par ailleurs, il a été constaté que l'épilepsie était bien stabilisée par le traitement actuel, ce qu'a d'ailleurs confirmé la recourante elle-même.

L'anamnèse et la journée type décrite montrent un quotidien préservé et un large éventail d'activités réalisées par l'assurée, qui s'occupe de ses quatre enfants, du ménage et de l'administratif, maintient une vie sociale avec un fonctionnement familial rapporté comme soutenant et harmonieux.

L'expert a dès lors considéré que l'évaluation de la capacité de travail était comparable à ce qu'elle était lors des évaluations précédentes.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a également décrit un quotidien et des centres d'intérêts préservés. L'examen clinique psychiatrique, ainsi que l'anamnèse psychiatrique guidée n'ont montré ni trouble, ni plainte psychiatrique conséquente, la situation demeure inchangée, avec quelques difficultés cognitives présentes depuis 2005, dues à l'atteinte somatique. Le psychiatre a décrit une assurée au fonctionnement rigide, qui peut avoir du mal à s'adapter face aux situations nouvelles, sans que cela n'atteigne toutefois une gravité suffisante. Il a expliqué que les plaintes sont évasives, que l'assurée décrit une faiblesse d'allure familiale, favorisée par son syndrome, mais que ces éléments ne s'accompagnent pas de détresse, ni de remise en question des conclusions rassurantes des médecins. Il n'y a pas de plaintes somatiques envahissantes. Par ailleurs, l'assurée ne présente pas de trouble anxieux et dépressif mixte et ne se plaint pas de tristesse ; quant aux éléments anxieux, ils sont quasiment inexistantes. Sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail a donc été retenue depuis toujours.

La Cour de céans ne constate aucun manquement concret dans l'expertise réalisée. Les troubles et atteintes évoqués pour justifier une baisse de rendement existent de longue date et n'ont pas empêché l'assurée d'exercer une activité lucrative durable.

Dès lors, au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise et du SMR et a considéré qu'il n'y avait pas eu aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision s'étant prononcée sur le fond, en novembre 2021.

Le recours, infondé, est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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