

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2643/2024

ATAS/179/2026

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 mars 2026**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, 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 \_\_\_\_\_ 1970, mère de deux enfants nés en 1993 et 1996, divorcée en 2017, a travaillé en tant que serveuse dans différents restaurants, puis comme aide de crèche, avant d'exercer en qualité d'indépendante et responsable d'une boutique de prêt-à-porter, de 2008 à 2015. L'Hospice général lui accorde une aide financière depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016.
- b.** Le 14 décembre 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des troubles physiques et psychiques.
- B.**    **a.** Dans un rapport du 20 août 2021, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès de l'institut *Insight Discourse*, axé sur les domaines de la psychiatrie, psychothérapie et psychanalyse, a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode de dépression sévère, avec symptômes psychotiques (F31.5). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.
- b.** Dans un rapport du 16 novembre 2021, la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de *Insight Discourse*, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée remontait au 13 mai 2020. Les limitations fonctionnelles étaient : une asthénie chronique, une douleur au niveau du dos et des bras, une estime de soi très dégradée avec attitude interprétative et sentiment de persécution transitoire en lien avec le stress et ressenti d'exclusion sociale.
- c.** Dans un rapport du 18 janvier 2022, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a retenu les diagnostics de cervicalgies et lombalgies, d'importants troubles statiques, et une éventuelle spondylarthrite. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les travaux lourds, le port de charges et la station debout prolongée. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle. Le médecin ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail dans une activité adaptée, en raison des investigations en cours.
- d.** Dans un rapport du 12 juillet 2022, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué que le diagnostic n'avait pas changé et que le sentiment de persécution avait augmenté. Aucune activité professionnelle n'était envisageable.
- e.** Dans un rapport du 10 août 2022, la Dre D\_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que précédemment, en ajoutant celui d'épicondylite du coude droit. Les limitations fonctionnelles supplémentaires étaient les suivantes : éviter la station assise prolongée et les activités répétées avec le bras droit. L'assurée ne pouvait travailler ni dans la restauration, ni dans une crèche, mais elle pourrait éventuellement exercer une activité légère, plutôt assise, sans mouvements répétés avec le bras droit.

**f.** Dans un rapport du 16 janvier 2023, la Dre D\_\_\_\_\_ a mentionné que l'évolution était lentement favorable et qu'en raison des rachialgies, l'assurée était toujours limitée dans les travaux lourds, le port de charges et les stations debout et assise prolongées. Une activité légère, plutôt en position assise, pourrait être exercée, sans que le taux ne soit précisé.

**g.** Le 28 février 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique.

**h.** Le mandat en a été attribué par SuisseMED@P-Team au Bureau d'Expertises Médicales (BEM).

Le 22 juin 2023, l'assurée a été examinée par les docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 4 août 2023, les experts ont retenu, dans leur évaluation consensuelle, sur le plan somatique, les diagnostics suivants : discret syndrome cervical non déficitaire sur troubles dégénératifs, status après épicondylite droite en août 2022, status après entorse acromio-claviculaire gauche en juin 2017, exostose du calcanéum droit, tabagisme et obésité. Ces diagnostics ont été qualifiés de non invalidants. Sur le plan psychique, les experts ont conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F33.01). La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité sur le plan somatique, mais de 70% dans toute activité sur le plan psychique, en raison d'une baisse de rendement liée à la fatigue, la fatigabilité et la lassitude depuis mai 2020.

**i.** Le 29 août 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise bi-disciplinaire.

**j.** Par un projet de décision du 22 janvier 2024, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Le statut retenu était celui de personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

L'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 30% dans toute activité depuis mai 2020, début du délai d'attente d'un an. À l'échéance dudit délai, en mai 2021, la comparaison des revenus de valide (CHF 41'209.-) et d'invalidé (CHF 58'870.-) aboutissait à une perte de gain de 30%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

**k.** Par courrier du 20 février 2024 complété le 4 mars suivant, l'assurée a contesté ce projet de décision, en remettant en cause la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire.

**l.** Dans un rapport complémentaire du 13 mars 2024, le Dr E\_\_\_\_\_ a maintenu sa position.

**m.** Dans un rapport du 20 mars 2024, la Dre D\_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail à 0% dans l'activité habituelle de gérante de boutique, en raison des cervicalgies et lombosciatalgies, mais à 50%, dans une activité légère permettant de changer très régulièrement de position.

**n.** Le 10 juin 2024, le SMR a maintenu sa position.

**o.** Par décision du 11 juin 2024, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

- C. a.** Par acte du 16 août 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100%, à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise orthopédique et psychiatrique.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire. Elle ne comprend pas les raisons pour lesquelles l'expert somatique ne retient pas de limitations fonctionnelles, alors qu'il a constaté une limitation de la mobilité cervicale dans tous les plans, avec des douleurs en fin de course, constaté l'existence de douleurs au bas du dos et admis une raideur matinale variable - en moyenne ½ heure -, une limitation de la marche entre 15 et 20 minutes et des difficultés à rester longtemps assise et debout.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 septembre 2024, a conclu au rejet du recours.

Il considère que le rapport d'expertise bi-disciplinaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

**c.** Le 16 octobre 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle se réfère aux conclusions de la Dre D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 mars 2024 (op. cit.) et se demande pourquoi l'expert rhumatologue s'est écarté desdites conclusions, après avoir retenu des limitations similaires à celles de sa consœur.

Pour le surplus, la recourante produit un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2024, contestant les conclusions de l'expert psychiatre.

**d.** Le 22 novembre 2024, l'intimé a produit un nouvel avis émis par le SMR en date du 11 novembre 2024 et persisté dans ses conclusions.

**e.** Par écriture du 9 décembre 2024, la recourante a fait de même, en relevant les divergences de diagnostics et observations cliniques entre experts et médecins traitants.

**f.** Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 21 août 2025, au cours de laquelle ont été entendus les Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.

**g.** Dans ses observations du 17 septembre 2025, l'intimé a considéré que la Dre D\_\_\_\_\_ n'avait fait état d'aucun élément médical objectif empêchant une activité adaptée à temps plein. Sur le plan psychique, la position du Dr B\_\_\_\_\_

n'était pas non plus objectivée et il n'amenait pas d'éléments constitutifs concrets permettant de retenir un trouble bipolaire, comme l'expliquait de manière détaillée le SMR, dans un avis du 17 septembre 2025.

**h.** Dans sa détermination du 8 octobre 2025, la recourante a maintenu que les éléments apportés par les Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ étaient susceptibles de faire naître des doutes quant à la pertinence des conclusions du SMR.

**i.** 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. 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).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 LPGA en lien avec les art. 38 al. 3 et 4 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 13 décembre 2020, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Les dispositions applicables seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**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 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

**3.3** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort

de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

**3.4** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V

---

58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

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 contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**3.5** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, la décision litigieuse, niant à la recourante le droit à une rente d'invalidité, repose sur l'avis du SMR du 29 août 2023, lui-même basé sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 4 août 2023.

**4.2** Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise.

**4.2.1** Sur le plan somatique, le rapport d'expertise se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie ainsi que des examens complémentaires de laboratoire effectués dans le cadre de l'expertise (p. 9-11, 15-16, 33-39), sur les indications subjectives de la recourante (p. 9, 29-32), sur des observations cliniques (p. 11-14), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 16-19 et le rapport complémentaire du 13 mars 2024). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le fond, l'expert rhumatologue a uniquement retenu des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de la recourante (p. 16), à savoir un discret syndrome cervical non déficitaire sur troubles dégénératifs (selon l'IRM de la colonne cervicale du 13 octobre 2021), un status après épicondylite droite en août 2022 (d'après le rapport de la Dre D\_\_\_\_\_ du 10 août 2022), un status après entorse acromio-claviculaire gauche en juin 2017 (selon le rapport du médecin généraliste du 3 juin 2017), une exostose du calcanéum droit (selon l'IRM de la cheville droite du 19 octobre 2017), un tabagisme, ainsi qu'une obésité (BMI 30 kg/m<sup>2</sup>).

L'expert a constaté que la recourante se déplaçait sans boiterie et que ses mouvements étaient fluides (p. 14). Il a relevé que l'IRM de la colonne lombaire du 1<sup>er</sup> décembre 2020 concluait à l'absence de discopathie ou de conflit disco-radulaire (p. 15). Son examen clinique avait mis en évidence une limitation de la mobilité cervicale dans tous les plans avec des douleurs en fin de course. Il n'y avait pas de signes de compression radulaire des membres supérieurs. La mobilité des articulations périphériques était dans les normes. La palpation de la base du pouce droit était douloureuse, sans synovite ni déformation. Il n'existait pas de spondylopathie inflammatoire, en l'absence de lésions sacro-iliaques significatives chez une personne non porteuse de l'antigène HLA B 27 (p. 16). Les anti-douleurs et les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) étaient pris à une posologie modeste (p. 17).

En l'absence de signes de gravité, l'expert a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité.

Contrairement à ce que paraît croire la recourante, l'expert rhumatologue n'a pas retenu (objectivement) une limitation de la marche de 15 à 20 minutes, ni des difficultés à rester longtemps assise et debout. Il n'a fait que relater les plaintes (subjectives) de la recourante. En effet, cette dernière a décrit des douleurs au bas du dos, irradiant à la région dorsale, en ceinture. Parfois, elle présentait des douleurs à l'épaule gauche, à la base du pouce droit et au gros orteil droit (auparavant), et parfois au genou droit. « Elle » (non pas l'expert) concédait une

raideur matinale variable, en moyenne de ½ heure, des douleurs nocturnes, parfois à la région dorsale en cas d'efforts la journée précédente. Son périmètre de marche était limité à environ 15-20 minutes. Elle éprouvait des difficultés à rester longtemps assise et debout (p. 9 et 16).

Reste à examiner si les avis de la Dre D\_\_\_\_\_, rhumatologue traitante, sont susceptibles de mettre en doute le bien-fondé du rapport d'expertise sur le plan somatique.

Dans un rapport du 18 janvier 2022, la rhumatologue traitante retenait les diagnostics incapacitants de cervicalgies et lombalgies et d'importants troubles statiques, en indiquant que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée dépendait des investigations en cours. Dans un rapport du 10 août 2022, elle posait les mêmes diagnostics et ajoutait celui d'épicondylite du coude droit. Elle considérait que les limitations fonctionnelles étaient les travaux lourds, le port de charges et la station debout ou assise prolongée en raison des rachialgies, ainsi que les activités répétées avec le bras droit en raison de l'épicondylite. Elle estimait que la recourante pouvait exercer une activité légère, en position assise, sans mouvement répété avec le bras droit. Elle ne précisait toutefois pas le taux de la capacité de travail résiduelle dans cette activité. Dans un rapport du 16 janvier 2023, la rhumatologue traitante retenait uniquement les limitations fonctionnelles liées aux rachialgies et concluait toujours que la recourante pouvait exercer une activité légère, en position assise, sans toutefois mentionner le taux d'activité. Finalement, dans un rapport du 20 mars 2024, la spécialiste faisait état d'une capacité de travail de 50% dans une activité légère, permettant l'alternance régulière des positions debout ou assise, sans port de charges, en raison des cervicalgies et lombosciatalgies.

Questionné sur le fait qu'il ne retienne aucun diagnostic incapacitant, alors qu'il constatait une limitation de la mobilité cervicale, avec des douleurs en fin de course, l'expert rhumatologue, dans un rapport complémentaire du 13 mars 2024, a rappelé que l'examen clinique de la recourante était rassurant.

Entendue par la Cour de céans le 21 août 2025, la rhumatologue traitante a répété qu'elle retenait les diagnostics de lombalgies et cervicalgies sur trouble dégénératif et ajouté celui d'inflammation sacro-iliaque gauche. Les limitations fonctionnelles étaient d'après elle : la difficulté à conserver une position statique assise et debout prolongée, le fait de devoir éviter le port de charges supérieures à 5 kg et de se baisser. Elle considérait que la capacité de travail de la recourante était réduite à 50% dans une activité adaptée, car elle n'était pas en mesure de décrire l'activité que pourrait exercer la recourante au vu de ses limitations (procès-verbal d'enquête du 21 août 2025, p. 1-2).

La Cour de céans observe que la rhumatologue traitante n'a fait état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par l'expert rhumatologue. Ce dernier a en effet relevé que sa consœur posait les diagnostics de lombalgies et cervicalgies. Il

a toutefois considéré, au vu des IRM, ainsi que de son examen clinique rassurant, sans signes de gravité, que ces diagnostics n'étaient pas incapacitants, raison pour laquelle il n'a pas retenu de limitation fonctionnelle (cf. rapport complémentaire du 13 mars 2024 précité). Il a procédé à des examens complémentaires de laboratoire et conclu que la recourante ne présentait pas de spondylopathie inflammatoire. Le diagnostic d'inflammation sacro-iliaque gauche évoqué pour la première fois par le médecin traitant le 21 août 2025, postérieurement à la décision litigieuse du 11 juin 2024, ne peut pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

L'avis du médecin traitant ne constitue dès lors qu'une appréciation différente d'une même situation médicale. C'est le lieu de rappeler qu'une évaluation médicale complète et approfondie, telle que celle de l'expert rhumatologue, ne peut pas être remise en cause au seul motif que la médecin traitante a une opinion divergente sur la capacité de travail de la recourante. Il ne peut en aller différemment que si la médecin traitante fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été oubliés dans le cadre de l'expertise médicale. Tel n'est pas le cas en l'espèce, comme relevé précédemment.

Par ailleurs, la rhumatologue traitante, invitée par la Cour de céans à expliquer les motifs pour lesquels les limitations fonctionnelles qu'elle retenait induisaient une baisse de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée légère, s'est contentée de répondre qu'elle ne voyait pas en quoi pourrait consister cette activité. Or, la tâche d'un médecin consiste avant tout à indiquer dans quelle mesure un assuré est limité dans ses fonctions physiques ou psychiques et à déterminer sa capacité de travail raisonnablement exigible. 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 (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b). Selon la jurisprudence, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3 ; 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Force est de constater que les avis de la rhumatologue traitante ne contiennent pas le moindre élément susceptible de remettre en question le bien-fondé des conclusions motivées de l'expert somatique.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre avec l'expert rhumatologue que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100% dans toute activité depuis toujours.

**4.2.2** Sur le plan psychique, le rapport d'expertise se fonde sur l'anamnèse (p. 19-22) et le résumé des pièces médicales (p. 37-39), sur les indications subjectives de

la recourante (p. 19), sur des observations cliniques (p. 22--23), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 24-28).

Sur le fond, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01).

Compte tenu des troubles psychiques de la recourante, il convient de déterminer leur éventuel caractère incapacitant à la lumière des indicateurs jurisprudentiels.

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert a constaté que la recourante ne présentait pas de désorientation temporo-spatiale. Il y avait un temps de réponse légèrement augmenté aux questions. Les datations étaient peu précises. Il y avait une bradypsychie. La recourante présentait une humeur triste, avec une baisse de l'élan vital, une baisse d'estime de soi. Il n'y avait pas d'euphorie. Le faciès n'était pas figé. Il y avait un léger ralentissement de la gestuelle. La voix était assez monocorde. La fatigue et la fatigabilité étaient moyennes. L'expert ne trouvait pas d'agressivité, d'agitation ou d'irritabilité. Il n'y avait pas de changement de couleur de peau, ni de tonalité de la voix. La recourante ne s'était pas désaltérée durant l'entretien. Il ne trouvait pas non plus de signe en faveur d'une intoxication éthylique aiguë ou chronique, notamment pas d'ataxie, de dysarthrie, d'élargissement du polygone de sustentation, de tremblements fins des extrémités ni d'ictère. La recourante ne présentait pas de délire, d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques, de tendance interprétative. Il n'y avait pas de bizarrerie de contact ni d'étrangeté. Il n'y avait pas non plus d'attitude d'écoute, de troubles du cours et du contenu de la pensée, ni de syndrome d'affluence ou d'automatisme mental (p. 23).

L'expert psychiatre a expliqué qu'il retenait un trouble dépressif récurrent devant l'existence de plusieurs dépressions par le passé. La recourante avait souffert d'une dépression post-partum plusieurs années auparavant. La séparation avec son mari avait également entraîné une dépression. Le jour de l'expertise, l'expert constatait un épisode dépressif léger marqué surtout par une lassitude, une bradypsychie, une fatigue et une fatigabilité, sans expression douloureuse morale importante, ni éléments anxieux majeurs associés. Il n'y avait pas d'idées suicidaires. L'intensité des éléments dépressifs n'était pas majeure du fait de l'absence d'éléments psychotiques associés ni d'idées suicidaires (p. 24).

En ce qui concernait le trouble affectif bipolaire soulevé par différents médecins traitants, l'expert psychiatre a relevé qu'il avait recherché un antécédent de délire, ou d'accès hypomaniaque ou maniaque, en vain. La recourante n'avait pas évoqué de période de véritable euphorie, d'exaltation d'humeur, avec regain d'énergie. Elle décrivait plutôt des périodes d'amélioration d'humeur de très courte durée en rapport avec des événements plutôt agréables, comme celui de la rencontre avec ses petits-enfants. Elle rapportait des dépenses importantes, en rapport avec une volonté de se faire plaisir, sans véritable perte de contrôle majeur des dépenses. Il

était possible qu'elle ait présenté un accès délirant transitoire en rapport avec une situation stressante comme le proposait la Dre C\_\_\_\_\_ (p. 25-26). Autrefois, la recourante avait eu le sentiment d'avoir été surveillée par son mari. Néanmoins, elle ne rapportait en aucun cas d'hallucinations auditives ou visuelles. Elle n'avait pas été marquée de façon majeure par des éléments de persécution. Aucun élément délirant n'était constaté lors de l'expertise. Il n'y avait pas de syndrome dissociatif et l'émoussement des affects ressentis était en rapport avec une lassitude globale (p. 24).

L'expert psychiatre ne retenait pas d'anxiété généralisée, en l'absence d'anxiété constante, flottante. Il n'y avait pas d'agoraphobie, car la recourante pouvait se rendre seule dans les magasins. Elle ne présentait pas d'attaque de panique ; elle rapportait quelques oppressions thoraciques, sans manifestations neurovégétatives associées (p. 24).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante, qui n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique selon les pièces au dossier, était suivie par son psychiatre traitant tous les mois (p. 22). Elle bénéficiait de traitements médicamenteux. L'expert psychiatre recommandait la poursuite du traitement par régulateur d'humeur, qui était efficace sur les dépressions récurrentes, et proposait même une augmentation de la posologie (p. 25). La recourante n'était donc pas confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée.

S'agissant des « comorbidités », comme relevé précédemment, les atteintes somatiques n'empêchaient pas la recourante d'exercer une activité lucrative à temps plein. Ses troubles psychiques ne la privaient pas non plus de certaines ressources. Elle acceptait les règles, les routines. Elle pouvait exposer son point de vue et dire non (capacité à porter des jugements et à prendre des décisions et capacité d'affirmation de soi). Elle pouvait travailler en groupe, et ne présentait pas d'agressivité (p. 26-27).

S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert psychiatre n'a pas retenu de trouble de personnalité paranoïaque. La recourante se décrivait méfiante, mais elle ne l'était pas tout le temps. Il n'y avait pas d'interprétation ni d'hypertrophie du moi. Il a également exclu un trouble de personnalité évitante. La recourante ne rapportait pas d'angoisse à l'idée de rencontrer des personnes qui pourraient être critiques. Elle ne présentait pas non plus de trouble de personnalité dépendante, car elle pouvait prendre des décisions importantes seule, ni de trouble de personnalité anankastique, en l'absence d'organisation et de planification à l'extrême. Il n'y avait pas non plus de trouble de personnalité émotionnellement labile, puisque la recourante n'avait pas rapporté d'antécédents de traumatisme dans son enfance et son adolescence. Les relations aux autres étaient plutôt stables (p. 24).

S'agissant du « contexte social », quand bien même le réseau social de la recourante était restreint – elle a déclaré entretenir des contacts avec un ami – elle voyait néanmoins ses enfants et petits-enfants (p. 19, 24) et avait des entretiens téléphoniques avec sa sœur (p. 11). La recourante ne présentait donc pas un isolement social total.

Quant à la catégorie « cohérence », l'expert n'a mis en évidence aucune incohérence clinique (p. 26). La recourante était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Elle effectuait les tâches ménagères à son rythme. Elle faisait les courses, cuisinait (p. 21) et son hygiène était bonne (p. 27). Elle écoutait de la musique, jouait aux jeux vidéo, regardait la télévision, marchait régulièrement et partait en vacances, la dernière fois au Kosovo pendant trois semaines en 2022 (p. 11).

En conclusion, l'expert psychiatre a considéré que la capacité de travail de la recourante était de 70% dans toute activité depuis mai 2020, date de son arrêt de travail (p. 27). La diminution de rendement était due à la fatigue, la fatigabilité, la lassitude, manque d'intérêt et à la bradypsychie (p. 7, 25). L'expert psychiatre précisait que l'activité habituelle respectait ces limitations fonctionnelles, car il s'agissait d'une activité peu coûteuse d'un point de vue intellectuel, répétitive et maîtrisée (p. 25, 27).

Reste à examiner si les avis du psychiatre traitant sont de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre.

Dans un rapport du 11 octobre 2024, le Dr B \_\_\_\_\_ a exposé qu'actuellement, la recourante bénéficiait d'entretien toutes les trois semaines. Elle présentait en permanence une perte d'élan vital, une aboulie, un adynamisme, des troubles du sommeil avec une hypersomnie et une absence de projet. Le médecin traitant contestait le diagnostic posé par l'expert psychiatre et retenait celui d'un trouble affectif bipolaire, d'évolution fluctuante, sur la base de deux tests diagnostiques chez la recourante, à savoir le questionnaire sur les troubles de l'humeur qui avait retrouvé un score de 13/13, ainsi que le questionnaire français de dépistage de trouble bipolaire du docteur G \_\_\_\_\_ qui mettait en évidence un score entre 63 et 65. La recourante participait aux séances de psychothérapie et prenait correctement son traitement médicamenteux comme en attestaient les multiples dosages sanguins. Le médecin traitant contestait l'évaluation de l'expert psychiatre portant sur la capacité de travail de la recourante, qui avait essayé de reprendre un travail à 70%, mais cela avait été un échec. La recourante présentait des limitations fonctionnelles psychiatriques (diminution de ses prises de décision, d'affirmation de soi, de capacité d'établir des contacts avec des tiers, peu de relations familiales, absence de capacité à réaliser des activités spontanées et peu de capacité à prendre soin de soi). Ses parents étaient restés dans son pays d'origine pendant la guerre où des cousins, des oncles paternels avaient été massacrés. Tout au long de la thérapie, son humeur était souvent triste et fluctuante et elle se posait des questions quant à son rôle dans l'existence. Elle

avait exprimé le fait d'avoir perdu le contrôle dans ses dépenses de manière impulsive et disproportionnée lors d'épisodes maniaques pour lutter contre des sentiments pénibles de dépression, et elle avait présenté des épisodes d'euphorie. Un frère avait souffert d'épisodes de dépression, un cousin éloigné était possiblement schizophrène, et une cousine germaine du côté paternel avait été hospitalisée pour délire.

Le traitement efficace dans le cas de la recourante était le thymorégulateur, qui avait été nouvellement introduit. Ce médicament était légèrement plus efficace sur sa symptomatologie dépressive.

Le pronostic de l'expert selon lequel les chances d'amélioration étaient très faibles chez une patiente qui présentait une grande passivité allait dans le sens d'une rente à 100%. Elle avait déclaré à l'expert qu'elle se recouchait une heure après s'être levée.

Le 11 novembre 2024, le SMR s'est déterminé sur le rapport précité du 11 octobre 2024. Il a constaté que les deux tests diagnostiques auxquels se référait le médecin traitant étaient des tests d'auto-évaluation. La recourante avait répondu « oui, énormément » à toutes les questions, ce qui pouvait faire douter de la validité de telles réponses, totalement subjectives. Selon l'expert, il n'y avait pas de véritables antécédents de trouble bipolaire, même si, possiblement, des personnes de l'entourage de la recourante avaient souffert de délire. Aucun antécédent de troubles bipolaires n'avait été retenu dans la famille proche. L'expert psychiatre avait effectué une bonne anamnèse de la recourante, qui n'avait pas rapporté de perte de contrôle des dépenses. D'ailleurs, la recourante n'avait pas de dettes et n'était pas sous curatelle de gestion.

L'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité, mais seulement une certaine passivité de la recourante. Elle avait participé à des mesures de réadaptation par l'intermédiaire de l'Hospice général en 2017, 2019 et 2020, et avait effectué un stage chez un chocolatier, avec une bonne appréciation et une éventuelle possibilité de contrat de longue durée. Cependant, l'apparition de la pandémie avait interrompu toute proposition de contrat. Par ailleurs, l'expert n'avait pas remis en question la compliance de la recourante aux traitements médicamenteux. Les dosages sanguins des psychotropes étaient légèrement en-dessous des normes.

Lors de l'examen clinique objectif, l'expert n'avait pas mis en évidence de troubles cognitifs, de trouble de la concentration, de l'attention, ni de la mémoire, mais uniquement une fatigabilité. « L'humeur triste et fluctuante » était un symptôme du trouble dépressif, mais pas une fonction cognitive. La description des activités quotidiennes de la recourante ne relevait pas d'empêchements.

L'expert avait analysé les indicateurs standards de gravité pour conclure à une capacité de travail de 70%.

Le SMR en a tiré la conclusion que le rapport du médecin traitant n'apportait pas de nouvel élément médical objectif permettant de remettre en question les conclusions de l'expert psychiatre.

Entendu par la Cour de céans le 21 août 2025, le Dr B\_\_\_\_\_ a affirmé que l'évolution de l'état de santé était fluctuante, avec un pronostic inchangé, malgré la continuité des efforts de la recourante pour poursuivre sa thérapie. Le médecin traitant a répété qu'il contestait le diagnostic posé par l'expert psychiatre et retenait celui de trouble affectif bipolaire. Actuellement, la fréquence des entretiens était d'environ trois par mois à raison d'un entretien médical et de deux entretiens psychothérapeutiques. Depuis le rapport d'octobre 2024, le dosage du régulateur de l'humeur (Aripiprazol) avait été grandement augmenté, de 2.5 à 20 mg, correspondant quasiment au dosage maximal, avec une efficacité augmentée. Cela étant, la capacité de travail de la recourante restait totalement nulle malgré cette amélioration. Rien n'était définitif à long terme. Au moment de l'expertise, le dosage du régulateur d'humeur n'était que de 2.5 mg, car il fallait l'introduire de manière progressive afin d'éviter les effets secondaires, tels que le risque de diabète. Qui plus est, la recourante était réticente au début au changement de thérapie et hésitait à se détacher du traitement antidépresseur qu'elle prenait auparavant (procès-verbal d'enquêtes du 21 août 2025 p. 1-2).

Le choix du traitement avait été déterminé en fonction des éléments de nature psychotique négatifs découverts au fur et à mesure de la prise en charge, c'est-à-dire une sorte de sortie de la réalité ainsi qu'une variabilité d'humeur trop importante. C'étaient précisément ces éléments avec les tests effectués qui avaient conduit le médecin traitant à retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire (procès-verbal précité p. 2).

S'agissant de l'anamnèse psychiatrique systémique figurant dans le rapport d'expertise, le médecin traitant était en désaccord avec le fait qu'il n'y ait pas eu de véritables phases hypomaniaques. La recourante n'avait pas décrit ces phases à l'expert. Il y avait eu plusieurs épisodes de décompensation hypomaniaque, qu'il n'avait pas pu situer dans le temps. Ces épisodes survenaient régulièrement, même sans facteur déclenchant. Il avait d'ailleurs constaté au fil de son suivi cette variabilité : parfois la recourante se présentait avec un status thymique exalté, d'autres fois avec un status clinique déprimé. Quant à ce qui ressortait du conflit avec la réalité décrit par l'expert, le médecin traitant estimait que cela démontrait précisément la tendance interprétative de la recourante et la présence de comportement de type paranoïde (procès-verbal précité p. 2). Les épisodes de séparation avaient participé à la chronicisation du trouble affectif. La séparation d'avec son époux et la dépression post-partum avaient acutisé temporairement les symptômes du trouble affectif (p. 3).

S'agissant du status psychiatrique figurant dans le rapport d'expertise, le médecin traitant n'était pas d'accord avec la description de l'humeur. Il existait une variabilité qui se manifestait d'une séance à l'autre. Parfois, la recourante pouvait

être totalement figée durant toute la séance. Quant au conflit avec la réalité, il y avait des troubles du cours de la pensée lorsque la recourante présentait une tendance mélancolique à revenir sur ses difficultés. Dans les périodes d'exaltation, le médecin traitant avait pu observer une pensée accélérée, une tendance logorrhéique à tel point qu'il était parfois difficile de la calmer ou de lui poser des questions. Il était également difficile de suivre le cours de sa pensée. Si malgré une certaine amélioration, la recourante restait totalement incapable de travailler dans toute activité, cela s'expliquait principalement par l'intensité du trouble. Il s'agissait d'une maladie sévère dont le traitement prenait beaucoup de temps (p. 3).

Le 17 septembre 2025, le SMR a indiqué qu'il ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble bipolaire sur la base de l'audition du médecin traitant. Ce dernier ne pouvait pas préciser les « phases hypomanes » dans le temps, ni leur début, ni leur durée. Il faisait uniquement état de thymies variables selon les entretiens. Or, selon le code F30.0 de la CIM-10, « l'hypomanie [était] une forme atténuée de manie. Le trouble [était] caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante de l'humeur (au moins pendant plusieurs jours), de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il [existait] souvent une augmentation de la sociabilité du désir de parler, de la familiarité, ou de l'énergie sexuelle et une réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes [n'étaient] pas toutefois assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité [étaient] parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Le trouble [pouvait] s'accompagner d'une distractibilité et de difficultés de concentration, interférant avec le travail ou les activités de détente ou de loisir. Le sujet [s'intéressait] parfois à des activités sortant de l'ordinaire ou [faisait] des achats quelque peu inconsidérés. Le diagnostic [reposait] sur la présence de plusieurs des caractéristiques ci-dessus, survenant en rapport avec une élévation ou une modification de l'humeur et une augmentation de l'activité, et persistant au moins pendant plusieurs jours consécutifs. Dans le cadre de l'hypomanie, il [pouvait] exister une interférence avec le travail et les activités sociales. Toutefois, si la perturbation de ces secteurs [devenait] importante ou complète, on [devait] faire un diagnostic de manie ».

Selon le code F31 de la CIM10, le trouble affectif bipolaire était un « trouble caractérisé par plusieurs épisodes (au moins deux) au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet [étaient] profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et de l'augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie et manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes maniaques [s'installaient] en général brusquement et [persistaient] pendant deux semaines (en moyenne pendant quatre mois) ».

Le SMR relevait que l'expert psychiatre n'avait pas retrouvé à l'anamnèse d'épisodes antérieurs maniaques ou hypomaniaques. Il avait recherché un antécédent de délire ou d'accès hypomaniaque ou maniaque, en vain. Le SMR ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble bipolaire sur la base des résultats des auto-questionnaires, auxquels la recourante avait eu des scores maximaux. Cela correspondrait à un trouble bipolaire sévère, qui ne ressortait ni de l'anamnèse, ni de l'examen clinique, ni de la description des activités quotidiennes de la recourante.

La Cour de céans constate que l'expert psychiatre a écarté le diagnostic de trouble affectif bipolaire, sur la base de l'anamnèse et de son examen clinique (rapport du 4 août 2023 p. 25). Comme le relève le SMR, l'expert psychiatre a recherché un antécédent de délire ou d'accès hypomaniaque ou maniaque, en vain (p. 24). La recourante, qui comprenait et s'exprimait bien en français (p. 11, 23), n'avait pas évoqué de période de véritable euphorie, d'exaltation d'humeur, avec regain d'énergie. Elle évoquait plutôt des périodes d'amélioration d'humeur de très courte durée en rapport avec des événements plutôt agréables, comme celui de la rencontre avec ses petits-enfants. Elle rapportait des dépenses importantes en rapport avec une volonté de se faire plaisir, sans véritable perte de contrôle majeur des dépenses (p. 24). Or, le médecin traitant affirme le contraire pour la première fois dans son rapport du 11 octobre 2024, postérieurement à l'expertise. Il y indique que sa patiente lui a affirmé avoir déjà perdu le contrôle dans ses dépenses de manière impulsive et disproportionnée. Questionnée à cet égard lors de l'expertise, la recourante avait précisément répondu par la négative (absence de perte de contrôle majeur des dépenses). Il convient donc d'accorder la préférence aux premières déclarations faites par la recourante à l'expert.

Les explications du médecin traitant sont de surcroît incohérentes, dès lors que les résultats des auto-questionnaires (traduisant la gravité subjective des symptômes) correspondent à un trouble bipolaire sévère, comme l'expose le SMR, alors que la vie quotidienne de la recourante, qui n'a pas eu d'idées suicidaires (p. 24), n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et ne présente pas de conflit avec la réalité (p. 23), n'est pas fortement désorganisée. Au contraire, comme relevé plus haut, la recourante est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Contrairement à ce que mentionne le médecin traitant dans son rapport du 11 octobre 2024, l'expert a observé que la recourante n'avait pas de trouble de l'hygiène, et qu'elle était capable de s'affirmer et d'exposer son point de vue (p. 26-27).

Les explications du médecin traitant sont également imprécises, comme le souligne le SMR, dès lors qu'il n'a pu situer dans le temps les épisodes de décompensation hypomaniaques allégués, alors que ces épisodes doivent persister au moins deux semaines pour retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire.

Qui plus est, l'expert psychiatre a indiqué que, quand bien même des membres de la famille élargie de la recourante (cousins, oncles) avaient été massacrés pendant

la guerre au Kosovo, elle-même n'avait toutefois pas vécu directement les événements dramatiques survenus là-bas (p. 19).

En outre, bien qu'il existe des antécédents familiaux psychiatriques (p. 21-22), la recourante n'a pas été hospitalisée pour délire (à l'inverse d'une cousine), étant rappelé que l'expert a, sur la base de l'anamnèse et de son examen clinique, tenu compte des ressources disponibles de la recourante et de ses limitations fonctionnelles psychiques, qui réduisaient sa capacité de travail à 70% dans toute activité répétitive, maîtrisée, sans effort intellectuel (p. 26-27).

Force est de conclure que le médecin traitant n'a pas fait état d'éléments qui auraient été omis par l'expert.

Ainsi, compte tenu des indicateurs pertinents, et en l'absence de rapport médical permettant de faire douter des conclusions motivées de l'expert psychiatre, celles-ci emportent la conviction.

**4.2.3** Sur le plan consensuel et au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre avec les experts que la recourante est restée capable d'exercer toute activité à 70%, dès mai 2020, date de son arrêt de travail.

Ainsi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il est superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

**4.3** Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante.

**4.3.1** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 348 consid. 3.4).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont calculés sur la même base, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral I.43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 ; cf. ATF 126 V 78 consid. 5 portant sur l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidité).

**4.3.2** En l'occurrence, compte tenu du fait que la capacité résiduelle de travail de la recourante est exploitable à 70% depuis mai 2020 dans son activité habituelle, qui est adaptée à son état de santé, conformément aux conclusions des experts, le degré d'invalidité se confond, dans ce cas, avec l'incapacité de travail

(ATAS/717/2016 du 12 septembre 2016 consid. 11), soit en l'espèce 30%, comme retenu à juste titre par l'intimé.

À toutes fins utiles, il sera relevé que les limitations fonctionnelles de la recourante ayant déjà été prises en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail, il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 ; 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2). La nationalité de la recourante, naturalisée suisse, ne justifie pas non plus un abattement. Pas plus que son âge (50 ans au moment de la naissance du droit éventuel à la rente en mai 2021), qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et les références, qui concerne un assuré âgé de 59 ans au moment de la décision querellée ; ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16). C'est par conséquent à bon droit que l'intimé n'a pas opéré une réduction du salaire d'invalidité.

Le degré d'invalidité de 30% étant inférieur au seuil légal de 40%, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

Dans la mesure où la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 70%, aucune mesure professionnelle ne se justifie en l'occurrence (ATAS/717/2016 précité consid. 11).

**4.4** Compte tenu de ces éléments, la décision querellée doit être confirmée.

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

La recourante, qui n'a pas eu gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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