

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2889/2024

ATAS/220/2025

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

**Arrêt du 31 mars 2025**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael  
RUDERMANN, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

- A.** a. A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1978, célibataire, a obtenu successivement un diplôme de l'École de culture générale (ECG), un CFC de vendeuse, un certificat d'études de commerce et un certificat délivré à l'issue d'un cours de comptabilité générale qu'elle a suivi avec succès en 2013. Depuis la fin de son apprentissage en 1999, elle a exercé divers emplois, en dernier lieu en qualité d'aide-comptable à 50%, ce jusqu'en septembre 2017.
- b. Depuis le 18 mars 2014, elle est suivie par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour une dépression.
- B.** a. Le 13 février 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
- b. Le 21 février 2018, l'OAI a reçu une liasse de certificats du Dr B\_\_\_\_\_, attestant que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% du 15 mars au 15 avril 2017 puis de 100% entre le 20 mars 2017 et le 28 février 2018.
- c. Dans un rapport du 11 mai 2018 à l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Présentes depuis le début de l'âge adulte, ces atteintes se manifestaient par une perte progressive de l'estime de soi et de la confiance, un renoncement progressif à l'engagement dans la vie quotidienne et un comportement d'évitement qui allait croissant. S'y ajoutaient un sentiment d'épuisement psychique et physique, et une anticipation anxieuse d'échecs répétés sur le plan personnel et professionnel.

Sur le plan des limitations fonctionnelles, on notait de la tristesse, un manque de motivation, une fatigabilité accrue allant de pair avec un besoin de temps de récupération important, une discontinuité dans les efforts fournis, de l'anxiété et des tensions intérieures, des troubles de la concentration et de la mémoire, des conflits fréquents et intenses dans la relation avec autrui, de l'irritabilité, un comportement d'évitement, une attitude « projective et persécutée », une interprétation négative des intentions d'autrui ainsi qu'une mauvaise gestion du stress.

S'agissant des atteintes dépourvues d'effet sur la capacité de travail, on notait la présence d'un trouble panique (phobie spécifique des ascenseurs, du feu et de l'avion).

Interrogé sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le début de sa prise en charge, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution avait été marquée par la labilité de son état clinique avec des décompensations fréquentes de l'état thymique et une exacerbation de l'anxiété avec des épisodes d'attaques de panique qui augmentaient le comportement d'évitement et d'isolement. Dès mai 2017, elle avait fait des séances d'hypnose avec le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie, pour travailler sur son état anxieux et ses troubles du sommeil. Elle avait également été suivie par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, pour ses troubles du sommeil. Elle avait travaillé dans le cadre d'une tentative de réinsertion professionnelle au secrétariat d'un EMS, entre décembre 2016 et mars 2017, d'abord à 70% mais elle avait dû réduire son taux d'activité à 50% en raison de la fatigue, de l'anxiété et de ses difficultés pour récupérer. Elle avait pu assumer cette activité professionnelle au prix d'un effort très important sur elle-même pour éviter l'éclatement d'un conflit avec ses collègues et se motiver chaque jour pour aller au travail. Dans un travail adapté à son état clinique, sa capacité de travail était de 50% au maximum. Elle avait besoin d'être soutenue par des mesures de réinsertion pour trouver un travail dans un milieu soutenant afin de lui permettre d'augmenter la confiance en elle-même et réduire la charge « persécutoire » et projective.

**d.** Dans un rapport du 12 février 2019, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état psychique de l'assurée était actuellement globalement superposable à celui décrit dans le précédent rapport, du 11 mai 2018, ceci malgré la reprise d'un traitement antidépresseur par Seropram 20 mg/j, après une période de plusieurs mois de « fenêtre thérapeutique ». En effet, l'assurée n'avait pas supporté les différents antidépresseurs essayés, de sorte qu'il avait été décidé de reprendre le traitement le mieux toléré, qui permettait de réduire les attaques de panique. Actuellement, il était difficile d'envisager la reprise d'une activité professionnelle dans un milieu économique ouvert. Il était nécessaire que l'assurée bénéficiât d'abord d'une réinsertion professionnelle progressive à un taux ne dépassant pas 25% et se déroulant l'après-midi, étant donné que le démarrage se faisait très difficilement le matin et que l'intéressée était souvent très anxieuse à ce moment de la journée.

**e.** Par avis du 19 mars 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé à l'examen de ce rapport du Dr B\_\_\_\_\_ qu'en dépit d'un état clinique comparable à celui décrit dans le rapport du 11 mai 2018, la capacité de travail, qui était alors de 50%, était de 25% actuellement. Estimant qu'il était difficile d'évaluer la sévérité de l'atteinte à la santé au vu d'éléments discordants, le SMR a indiqué qu'il était nécessaire de réaliser une expertise psychiatrique.

**f.** À la demande de l'OAI, l'assurée s'est rendue, les 13 et 27 juin 2019, auprès du Docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de Madame F\_\_\_\_\_, psychologue FSP et « personne associée », pour se soumettre à une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 15 juillet 2019, l'expert E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- F33.11 : Troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis avril 2017 jusqu'à présent ;

- F41.0 : Troubles paniques avec attaques de panique hebdomadaires (plus rarement quotidiennes) selon les périodes depuis avril 2017 jusqu'à présent. À noter que les indices jurisprudentiels de gravité étaient partiellement remplis uniquement lorsqu'on prenait en compte les troubles dépressifs récurrents moyens avec les attaques de panique.

En revanche, le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante, actuellement non décompensé (F61), était sans répercussion sur la capacité de travail. Ce trouble n'avait empêché ni la gestion adéquate du quotidien en dehors des épisodes dépressifs moyens susmentionnés, ni une formation, ni un travail dans le passé.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire comportant une hiérarchie simple, sans enjeux relationnels complexes, la capacité de travail était de 50% depuis avril 2017 jusqu'à présent, d'un point de vue purement psychiatrique. L'activité actuelle (secrétaire médicale à 30% depuis juin 2019, avec augmentation prévue à 50% dès juillet 2019) était adaptée. La situation n'était toutefois pas stabilisée et devait être réévaluée dans un délai d'une année, vu le traitement pharmacologique non adéquat proposé. À cet égard, un traitement antidépresseur d'une classe différente, comme la Venlafaxine 225mg/j, complété par de la prégabaline (pour les angoisses) était susceptible de conduire à une amélioration de la capacité de travail.

**g.** Par avis du 19 août 2019, le SMR a suivi les conclusions de l'expert. Au titre des diagnostics incapacitants, on pouvait retenir une atteinte principale (troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique [F33.11]) et une autre atteinte (troubles paniques avec attaques de panique [F41.0]). Depuis avril 2017, la capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle d'employée de commerce comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par l'expert (tristesse modérée, intolérance au stress avec impulsivité, difficultés de concentration subjectives, fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel, avec des attaques de panique). Enfin, le SMR a répondu par la négative à la question de savoir si un traitement spécialisé était raisonnablement exigible. En revanche, il proposait une révision dans une année.

**h.** Par projet de décision du 9 septembre 2019, l'OAI a retenu préalablement que le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle (statut d'actif). Son incapacité de travail était de 50% dans son activité habituelle depuis avril 2017 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était également de 50% dès cette date. Dans la mesure où son degré d'invalidité se confondait avec son taux d'incapacité de travail, elle présentait une invalidité de 50% à l'échéance du délai d'attente, à savoir au 1<sup>er</sup> avril 2018. Cependant, dans la mesure où la demande de prestations avait été déposée le 13 février 2018, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'août 2018, soit à l'échéance d'une période de six mois.

Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas, étant donné qu'elle présentait une capacité de travail de 50% et que celle-ci était entièrement exploitée dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

**i.** Par décision du 26 novembre 2019, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée, rétroagissant au 1<sup>er</sup> août 2018.

**j.** Le 7 avril 2021, l'assurée a complété un questionnaire pour la révision de la rente. De son point de vue, son état de santé s'était d'abord aggravé en 2020, avant de s'améliorer à nouveau le 15 mars 2021, ce qu'elle expliquait par un arrêt de toute médication en 2020, suivi d'une réintroduction des médicaments dans le traitement. Elle était actuellement inscrite au chômage, cherchait une activité à 50% et bénéficiait de prestations complémentaires à sa demi-rente AI.

**k.** Dans un rapport non daté, reçu le 27 mai 2021 par l'OAI (ci-après : le rapport du 27 mai 2021), le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Interrogé sur le point de savoir si la capacité de travail dans l'activité habituelle s'était améliorée ou péjorée depuis la dernière décision, le Dr B\_\_\_\_\_ a répondu par la négative. Il a précisé que l'assurée avait connu une péjoration de son état clinique en 2020, notamment après la fin de son engagement temporaire à 50%. Cela avait nécessité plusieurs modifications du traitement médicamenteux avant d'assister au retour progressif à un état similaire à 2019. La capacité de travail était de 50%.

**l.** Par communication du 28 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée que son état de santé n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuerait donc à bénéficier d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50%.

**m.** Le 16 août 2023, l'assurée a déposé une demande de contribution d'assistance à l'OAI.

**n.** Par pli du 18 août 2023 à l'assurée, l'OAI a relevé que celle-ci n'était pas au bénéfice d'une allocation pour impotent, condition pour pouvoir bénéficier d'une contribution d'assistance. Afin d'éclaircir la situation, l'assurée était invitée à lui faire savoir si la demande tendait à une allocation pour impotent ou plutôt à une réadaptation/rente.

**o.** Le 29 août 2023, l'OAI a reçu plusieurs certificats du Dr B\_\_\_\_\_, datés des 4 mai, 1<sup>er</sup> juin, 28 juin et 7 août 2023, attestant que l'incapacité de travail de l'assurée était totale du 4 mai au 31 août 2023.

**C. a.** Le 29 août 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, visant l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente et annulant et remplaçant la demande de contribution d'assistance formée par erreur.

**b.** Dans un rapport du 3 novembre 2023 à l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

(F33.1), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) et de trouble panique (F41.0). Même si les phobies spécifiques des ascenseurs, du feu et de l'avion (F40.2) étaient sans effet sur sa capacité de travail, la phobie des ascenseurs générait chez l'assurée – au chômage depuis la fin de son activité de secrétaire médicale à 50% au 31 janvier 2020 – une anticipation anxieuse par rapport au futur lieu de travail et son incapacité à y accéder. La dernière expérience professionnelle, en 2019, dans un poste à l'accueil d'une clinique, avec un temps de travail de 50%, avait généré des tensions psychiques et des angoisses importantes, d'une part en lien avec ses peurs de ne pas être à la hauteur des attentes liées au poste, de ne pas avoir l'énergie pour aller à son travail après une nuit d'insomnie et d'autre part, en raison des conflits avec ses collègues.

Interrogé sur la capacité de travail, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que celle-ci était de 0% depuis mai 2023. L'assurée était certes au chômage pour la recherche d'un poste à 50%, mais le simple fait d'effectuer des recherches de travail était devenu trop anxiogène et engendrait un épuisement émotionnel et physique avec une aggravation des troubles du sommeil.

Invité à décrire l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le début de son suivi, le Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas spécifié de dates, mais indiqué que le traitement psychotrope en cours avait permis de réduire les attaques de panique et d'éviter les décompensations thymiques sévères avec des crises suicidaires. L'état clinique restait toutefois trop instable et fragile avec une hypersensibilité relationnelle et émotionnelle. La sensibilité au stress était un facteur de déstabilisation récurrent. L'observance thérapeutique était bonne, aussi bien pour les rendez-vous que la médication prescrite, malgré l'inquiétude que l'assurée manifestait souvent au sujet d'éventuels effets secondaires.

**c.** Par avis du 16 novembre 2023, le SMR a estimé, à la lecture du rapport du 3 novembre 2023 du Dr B\_\_\_\_\_, que les diagnostics psychiatriques, le constat clinique et le traitement antidépresseur et anxiolytique n'avaient pas subi de modification significative, que ce soit par comparaison avec le précédent rapport de ce médecin, du 27 mai 2021, ou avec les conclusions du SMR du 19 août 2019, basées sur le rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2019. La seule modification significative résidait dans une appréciation différente de la capacité de travail de l'assurée, celle-ci étant passée de 50 à 0% aux dires du psychiatre traitant. Puisqu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation médicale, les conclusions du SMR du 19 août 2019 restaient valables.

**d.** Par communication du 16 novembre 2023, l'OAI a informé l'assurée que son état de santé n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuerait donc à bénéficier d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50%.

**e.** Le 1<sup>er</sup> décembre 2023, l'assurée a contesté cette communication et fait part de son désaccord avec l'avis du 16 novembre 2023 du SMR. Avec son psychiatre

traitant, elle estimait que sa capacité de travail était nulle, et ceci de manière durable, malgré les différents traitements mis en place.

**f.** Par projet de décision du 8 décembre 2023, annulant et remplaçant la communication du 16 novembre 2023, l'OAI a envisagé de refuser d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, motif pris que l'état de santé de cette dernière n'avait pas connu d'aggravation susceptible de modifier son taux d'invalidité.

**g.** Par courrier du 4 janvier 2024, cosigné par le Dr B \_\_\_\_\_, l'assurée a contesté ce projet de décision. Au moment où elle avait déposé sa première demande à l'OAI, elle avait l'espoir que son suivi psychiatrique lui permettrait de retrouver une capacité de travail partielle et durable. L'évolution de son état de santé n'avait cependant pas été celle qu'elle espérait. En effet, ses difficultés sur plusieurs plans et dans différents domaines de la vie étaient restées à un niveau trop important et interféraient avec son quotidien d'une manière qui réduisait sa capacité à supporter le stress et l'effort physique et mental. À cela s'ajoutaient des troubles du sommeil que ni l'utilisation régulière d'une assistance respiratoire CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* ; ventilation en pression positive continue) durant cinq mois, ni l'essai de différents somnifères n'avaient réussi à combattre efficacement. Présents depuis son adolescence, ces troubles du sommeil s'étaient encore dégradés au cours de ces dernières années. Ils étaient à l'origine d'une fatigue quotidienne et d'un manque d'élan vital quasi-permanent. Durant les dernières années, le simple fait de penser qu'elle devrait à nouveau assumer un jour des responsabilités professionnelles lui paraissait de plus en plus éloigné de sa réalité actuelle et de ses capacités. Les angoisses et inquiétudes qu'elle nourrissait à propos d'un futur travail avaient péjoré ses troubles du sommeil. Elle se retrouvait dans un cercle vicieux qui n'avait cessé de s'aggraver, générant un état d'épuisement physique et psychique ainsi qu'une augmentation de la fréquence et de l'intensité des attaques de panique. Cette situation lui paraissait aujourd'hui trop envahissante et ne lui laissait plus assez de temps ni d'énergie pour pouvoir envisager une activité professionnelle. À la suite de nombreux traitements, elle avait pu constater avec son psychiatre traitant que rien ne fonctionnait ou du moins, ne lui permettait de retrouver un équilibre suffisamment stable dans le temps pour pouvoir envisager une sortie de sa situation actuelle. En conclusion, elle estimait aujourd'hui que la reprise d'une activité, même à temps partiel, était trop éloignée de ses capacités et que le stress lié au travail aggraverait nécessairement son état de santé. Aussi confirmait-elle sa demande de révision de son taux d'invalidité et l'augmentation de celui-ci à 100%.

**h.** Par avis du 25 janvier 2024, le SMR a estimé que le trouble du sommeil rapporté dans le courrier du 4 janvier 2024 était au premier plan et rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée de manière notable et durable, un trouble du sommeil primaire n'étant pas à exclure. Aussi convenait-il

d'interroger le spécialiste du sommeil que l'assurée indiquait avoir consulté, à savoir le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie.

i. Le 31 janvier 2024, l'OAI a reçu :

- un rapport de polysomnographie du docteur H\_\_\_\_\_, pneumologue, établi suite à un enregistrement effectué le 22 mai 2023, concluant, entre autres, à la présence d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (ci-après : SAS) de degré modéré à sévère, d'une composante d'insomnie et d'une présente de trouble du rythme cardiaque ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023 du Dr G\_\_\_\_\_, consécutif à une consultation donnée le même jour à l'assurée dans le cadre d'un deuxième avis médical. Selon ce spécialiste, l'assurée présentait un SAS modéré, avec un AHI (*apnea hypopnea index* ; indice de sévérité d'apnées du sommeil) de 20.8/h. Pour ce SAS, elle était équipée par CPAP depuis juillet 2023 sans amélioration de sa fatigue. Elle ne présentait pas de somnolence diurne excessive au moment du diagnostic posé en mai 2023, avec un score de 7/24 à l'échelle de somnolence d'Epworth (*Epworth Sleepiness Scale* ; ci-après : ESS). Elle se couchait autour de 22h30 avec la télévision allumée. Elle était connue pour une insomnie d'endormissement (1h à 1h30), une insomnie de maintien (1 à 4 réveils avec difficultés pour se rendormir) et un réveil précoce (autour de 5h00). Elle quittait le lit vers 8h00 et y retournait très souvent tout au cours de la journée pour toutes ses activités. Elle ne travaillait plus actuellement avec des démarches en cours auprès de l'AI. Les insomnies avaient débuté au décès de son père, remontant à 30 ans, puis avaient été entretenues par la suite. Lors des périodes d'insomnie, elle présentait des ruminations sur son sommeil et sur la fatigue anticipée du lendemain. La journée était actuellement marquée par une importante fatigue, toujours sans somnolence diurne excessive (ESS 6/24). Le CPAP était porté toutes les nuits, sans fuites, avec un masque nasal. L'anamnèse spécifique confirmait un état anxieux et un état dépressif actuellement bien contrôlés, semble-t-il (indépendamment d'un HAD [*Hospital Anxiety and Depression scale*] non réalisé). Il n'y avait pas de consommation d'alcool ou de benzodiazépines, hormis le Xanax<sup>®</sup> prescrit. On ne retrouvait pas d'arguments pour une pathologie motrice du sommeil, et pas de PLM (*Periodic limb movements* ; mouvements périodiques des membres) non plus lors de la PSG (polysomnographie) initiale. Livrant son impression clinique, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu en premier lieu un SAS modéré avec AHI 20.8/h. Bien que les symptômes nocturnes et diurnes que présentait l'assurée fussent compatibles avec le SAS, ceux-ci n'en étaient pas moins totalement non spécifiques. Le traitement bien conduit par CPAP pendant six mois n'avait ainsi eu d'effet ni sur la qualité du sommeil ni sur la somnolence. En second lieu, il existait des troubles de l'hygiène du sommeil (temps passé au lit en dehors des heures de sommeil, télévision allumée, etc.). En somme, on était en présence d'une

insomnie « comorbide ». L'assurée ne souhaitait toutefois pas que celle-ci soit prise en charge par thérapie cognitive et comportementale (qui n'était pas remboursée). En conclusion, on pouvait arrêter la CPAP dès ce jour et discuter avec le psychiatre traitant d'une adaptation du traitement pharmacologique (introduction de Quviviq® le soir) ;

- un rapport du 31 janvier 2024 du Dr G\_\_\_\_\_ à l'OAI. Interrogé sur le point de savoir quels étaient, du point de vue de sa spécialité, le(s) diagnostic(s) avec répercussion durable sur la capacité de travail, ce médecin a indiqué que les apnées du sommeil n'étaient pas au premier plan des plaintes nocturnes de l'assurée. Un SAS modéré isolé n'était pas en soi une cause d'incapacité de travail, ce d'autant que l'assurée ne présentait pas de somnolence diurne excessive. Un SAS modéré sans somnolence diurne n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec un diagnostic pneumologique. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne retrouvait pas non plus de répercussions d'un diagnostic pneumologique dans les activités de la vie quotidienne. L'assurée présentait en revanche une insomnie « comorbide » (état anxieux, état dépressif, attaques de panique). L'arrêt de l'assistance respiratoire CPAP, décidé le 1<sup>er</sup> décembre 2023, n'avait eu aucune conséquence sur l'état de santé de l'assurée. Elle n'avait ni modifié son hygiène de sommeil ni entrepris de traitement spécifique de l'insomnie auprès de son psychiatre (modification des psychotropes, utilisation de Quviviq® ou mise en œuvre d'une thérapie cognitivo-comportementale spécifique à l'insomnie). Les plaintes initiales persistaient.

**j.** Par avis du 15 février 2024, le SMR a estimé que, dans la mesure où le rapport de polysomnographie du 22 mai 2023 du Dr H\_\_\_\_\_ faisait état d'une arythmie cardiaque – trouble également relevé par le Dr G\_\_\_\_\_ –, il était nécessaire d'instruire le cas également sur le plan cardiologique.

**k.** Dans un rapport du 21 février 2024 à l'OAI, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a estimé que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de sa patiente étaient le « diagnostic psychiatrique » et le SAS modéré. Il n'avait pas évalué la capacité fonctionnelle de l'assurée (capacité de travail, etc.), la question étant de la compétence du Dr B\_\_\_\_\_.

**l.** Le 18 mars 2024, l'OAI a reçu un courrier du 13 mars 2024 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, auquel étaient annexés deux courriers que ce spécialiste avait adressés au médecin généraliste traitant de l'assurée, à savoir :

- un rapport du 26 janvier 2023, relatant un contrôle cardiovasculaire du 20 janvier 2023 strictement normal avec absence d'éléments préoccupants sur la base des éléments à disposition ;
- un rapport du 27 juin 2023, relatif à un électrocardiogramme de 24h réalisé du 23 au 24 juin 2023. L'assurée présentait une importante extrasystolie

supraventriculaire avec absence de fibrillation auriculaire. Cette anomalie ne présentait pas de caractère de dangerosité. Compte tenu du contrôle cardiologique de janvier 2023 dans les limites de la norme, il n'y avait pas lieu d'introduire un éventuel traitement, mais l'assurée était vivement encouragée à « poursuivre sa bonne hygiène de vie ».

**m.** Par avis du 8 juillet 2024, le SMR a estimé, à la lumière du complément d'instruction sur le plan cardiologique, qu'il n'était pas en mesure de retenir une atteinte à la santé somatique incapacitante de manière notable et durable au sens de l'AI. En conclusion, les pièces versées au dossier ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, le Dr B\_\_\_\_\_ effectuait une appréciation différente de la capacité de travail à partir d'une même situation médicale. Par conséquent, les conclusions du SMR du 19 août 2019 restaient valables.

**n.** Par décision du 8 juillet 2024, l'OAI a rejeté la demande de révision du 29 août 2023 et, partant, refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée. En effet, l'assurée ne présentait pas d'aggravation de son état de santé de nature à modifier le taux d'invalidité de 50% reconnu en 2019. À l'avenir, elle continuerait donc à bénéficier d'une rente correspondant à ce taux.

**D. a.** Le 9 septembre 2024, l'assurée, représentée par une avocate, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a également conclu, préalablement, à son audition et à celle du Dr B\_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'octroi d'un délai en vue du dépôt d'une liste de témoins.

À l'appui de sa position, elle a soutenu en substance que le rapport du 3 novembre 2023 objectivait une péjoration de ses troubles psychiques déjà identifiés, à laquelle s'ajoutait un SAS affectant également sa capacité de travail.

**b.** Par réponse du 8 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur le plan somatique, il n'y avait pas de nouvelle atteinte durablement et notablement incapacitante. Sur le plan psychiatrique, la recourante avait fait l'objet d'une expertise psychiatrique auprès du Dr E\_\_\_\_\_ en 2019 avec analyse des indices de gravité topiques. À la lecture du rapport du 3 novembre 2023 du psychiatre traitant, qui permettait d'évaluer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé au regard des nouveaux principes applicables en la matière, on ne relevait pas de changements significatifs sur le plan des indices de gravité topiques. D'ailleurs, l'expert E\_\_\_\_\_ et le Dr B\_\_\_\_\_ retenaient des diagnostics psychiatriques identiques, soit un trouble dépressif récurrent moyen, des troubles paniques et un trouble mixte de la personnalité de type borderline. La différence d'appréciation sur la capacité de travail entre ces médecins résultait uniquement d'une autre approche psychiatrique, mais non d'une modification de l'état de santé de la

recourante, de sorte qu'il n'existait pas de motif de révision de la rente d'invalidité.

**c.** Le 28 novembre 2024, la recourante a répliqué en faisant valoir que le caractère identique des diagnostics ne permettait pas en soi de nier l'évolution défavorable de sa capacité de travail puisque c'était le caractère invalidant de l'atteinte qui devait être analysé. Par ailleurs, étant donné que les insomnies « comorbides » étaient absentes lors de la décision initiale en 2019 et qu'en l'absence d'une évaluation consensuelle des atteintes respiratoires et psychiatriques, il n'était pas possible de nier que cette atteinte somatique péjorait la capacité de travail globale, la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, réalisée par un psychiatre et un pneumologue, s'imposait.

**d.** Par envoi spontané du 20 décembre 2024, la recourante a versé au dossier un rapport du 19 décembre 2024 du Dr B\_\_\_\_\_. Il en ressortait en substance que l'évolution de l'état clinique, caractérisée par une absence de stabilité durable et un épuisement psychologique croissant, confirmé par la dernière expérience professionnelle vécue en 2019, témoignait d'une vulnérabilité psychologique trop importante pour permettre d'assumer un poste de travail dans la durée. Ceci impliquait que l'incapacité de travail était totale, pour une durée d'au moins deux ans.

**e.** Le 6 janvier 2025, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'intimé.

**f.** Les autres faits seront mentionnés, si nécessaire, 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 chambre de céans est ainsi 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 et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si, à la suite de sa demande de révision du 29 août 2023, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

3.

**3.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

**3.2** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88a RAI, à compter de cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

**4.1** Lorsque l'administration entre en matière sur une demande de révision déposée par la personne assurée (art. 87 al. 2 RAI), elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré (prenant par ex. la forme d'un nouveau diagnostic posé au cours de la période de comparaison déterminante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_735/2019 du 25 février 2020 consid. 4.5) est réellement survenue. Si l'office AI entre en

matière sur la demande de révision, il doit procéder à un examen complet (« *allseitig* ») en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_4/2021 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 6.1.2). S'il constate que le degré d'invalidité n'a pas changé depuis le prononcé de la précédente décision entrée en force (rejetant la demande de rente ou de révision de la rente), il rejette la demande. Dans le cas contraire, il doit en outre examiner si le degré d'invalidité permet d'ouvrir ou augmenter le droit à la rente. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; MEYER/ REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 4<sup>e</sup> éd., 2022, n. 122 *ad* art. 30 LAI).

**4.2** L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :

- a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
- b. atteint 100%.

**4.2.1** Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans

la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; également 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

**4.2.2** La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 145 V 141 consid. 5.4 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.1; arrêt 9C\_585/2023 du 25 janvier 2024 consid. 6.2). Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3; Margit MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, n. 27 *ad* art. 17 LPGA et les références). Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 5 et 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2).

## 5.

**5.1** Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

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

**5.3** L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence).

**5.4** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**5.4.1** Dans l'ATF 141 V 281, 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

(ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**5.4.2** L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

---

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

## 6.

**6.1** 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).

**6.2** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

## 7.

**7.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. En outre, les données

médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

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

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

**7.3.2** 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).

**7.3.3** 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 (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).

**7.3.4** 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).

## 8.

**8.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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). 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).

---

**8.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

**9.**

**9.1** Conformément aux considérants qui précèdent (ci-dessus : consid. 4.2.2), il convient en l'espèce de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 26 novembre 2019 avec celle existant au moment de la décision litigieuse, du 8 juillet 2024, pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision à opérer en application de l'art. 17 LPGA.

Par avis du 19 août 2019, consécutif au rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, le SMR a retenu que les diagnostics incapacitants retenus par cet expert – troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, (F33.1) et troubles paniques avec attaques de panique (F41.0) – limitaient l'exigibilité de toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (tristesse modérée, intolérance au stress avec impulsivité, difficultés de concentration subjectives, fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel, avec des attaques de panique) à 50% depuis 2017, cela étant également valable pour l'activité habituelle de secrétaire médicale qui était adaptée à ces limitations.

Faisant sien l'avis du 19 août 2019 du SMR, l'OAI a, par décision du 26 novembre 2019, octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> août 2018.

À la suite du dépôt, le 29 août 2023, d'une demande de révision par l'assurée, le SMR a estimé le 16 novembre 2023, à l'examen du rapport du 3 novembre 2023 du Dr B\_\_\_\_\_ – qui mentionnait une incapacité de travail totale de l'assurée depuis mai 2023 – que les diagnostics psychiatriques, le constat clinique, le traitement antidépresseur et anxiolytique n'avaient pas subi de modification significative, que ce soit en comparant ce rapport avec la précédente appréciation du Dr B\_\_\_\_\_, du 27 mai 2021, ou avec les conclusions du 19 août 2019 du SMR, elles-mêmes fondées sur le rapport d'expertise du 15 juillet 2019. Aussi le SMR a-t-il estimé le 16 novembre 2023 qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pas été rendue plausible et que dans son rapport du 3 novembre 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ faisait une appréciation différente d'une même situation

médicale. Dans un avis subséquent, daté du 25 janvier 2024, le SMR a en revanche estimé que le courrier du 4 janvier 2024 de l'assurée, cosigné par le Dr B\_\_\_\_\_, rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique (possible trouble primaire du sommeil) et nécessitait dès lors des mesures d'instruction. Estimant enfin, le 8 juillet 2024, à la lumière des informations entretemps recueillies sur le plan pneumologique et cardiologique, qu'il ne pouvait pas retenir d'atteinte à la santé somatique qui fût incapacitante de manière notable et durable, le SMR a conclu qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas établie et qu'en conséquence, ses conclusions du 19 août 2019 restaient valables. Sur cette base, la décision litigieuse a rejeté la demande de révision du 29 août 2023 et maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente.

Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé psychique s'est péjoré depuis le printemps 2023 non seulement en raison de ses troubles du sommeil – ayant notamment pour composante des apnées du sommeil – mais aussi du fait du trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), désormais décompensé – alors qu'il ne l'était pas à l'époque des conclusions du SMR du 19 août 2019 – et d'une pharmacologie adaptée en raison d'une aggravation de l'atteinte. Aussi conviendrait-il de reconnaître valeur probante au rapport du 3 novembre 2023 du Dr B\_\_\_\_\_, de réviser la rente en fonction d'un degré d'invalidité de 100% et, si nécessaire, de mettre préalablement en œuvre une expertise bi-disciplinaire, réalisée par un médecin psychiatre et un médecin pneumologue.

**9.2** Avant d'examiner la valeur probante des rapports sur lesquels se fondent les parties, il sied de rappeler à titre liminaire qu'une modification de la rente par voie de révision suppose que la comparaison des états de fait déterminants dans le temps mette en évidence une modification des circonstances pertinentes (ci-dessus : consid. 4.2.2). On ajoutera que l'objet de la preuve est donc l'existence d'une différence – pertinente pour la décision de révision – ressortant des faits du dossier médical. La constatation de l'état de santé actuel et de ses répercussions fonctionnelles est certes le point de départ de l'évaluation ; elle n'est toutefois pas indépendante, mais n'est pertinente pour la décision de révision que dans la mesure où elle reflète effectivement une différence par rapport à l'état antérieur. La valeur probante d'une expertise rédigée en vue d'une révision de la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle se réfère suffisamment à l'objet de la preuve – modification(s) importante(s) de l'état de fait. Ainsi, une évaluation médicale complète, compréhensible et concluante en soi, qui serait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en règle générale dépourvue de valeur probante si cette évaluation (différant d'une évaluation antérieure) n'indique pas suffisamment en quoi une modification de l'état de santé a effectivement eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.3 et l'arrêt cité ; Diana OSWALD, *in*

---

KIESER/ KRADOLFER/ LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 5<sup>e</sup> éd., 2024, n. 36 *ad* Art. 17 LPGa).

Vu qu'en l'espèce, l'OAI a estimé à la faveur des explications du courrier du 4 janvier 2024 de l'assurée et du Dr B\_\_\_\_\_ qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible sur le plan somatique, il convient d'examiner ci-après (consid. 9.3) si les rapports recueillis auprès des pneumologues et cardiologues sont de nature à établir une telle aggravation, au degré de la vraisemblance prépondérante, le même examen s'imposant sur le plan psychique (ci-après : consid. 9.4), étant rappelé que l'entrée en matière sur la demande de révision entraîne l'obligation de procéder à un examen complet en fait et en droit (ci-dessus : consid. 4.1 et ATF 117 V 198 consid. 4b), bien que le SMR ait estimé par avis du 16 novembre 2023 qu'une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique n'avait pas été rendue plausible.

**9.3** Sur le plan somatique, singulièrement pneumologique, il ressort du rapport de du 22 mai 2023 du Dr H\_\_\_\_\_ que ce spécialiste a soumis l'assurée à une PSG pour une suspicion de troubles respiratoires associés au sommeil et qu'à l'issue de l'enregistrement effectué entre 22h12 et 6h01, il a conclu, entre autres, à la présence d'un SAS de degré modéré à sévère et à la présence d'un trouble du rythme cardiaque. Au regard de la symptomatologie de l'assurée, ce médecin a recommandé un traitement par orthèse d'avancement mandibulaire et, alternativement, la mise en place d'un traitement par CPAP.

Selon les rapports des 1<sup>er</sup> décembre 2023 et 31 janvier 2024 du Dr G\_\_\_\_\_, c'est cette dernière option qui a été mise en place dès juillet 2023, sans qu'elle ne débouche, cinq mois plus tard, sur une amélioration de la qualité du sommeil et de la somnolence diurne, d'ailleurs qualifiée de « non excessive » (score ESS de 7/24 en mai 2023 et de 6/24 le 1<sup>er</sup> décembre 2023). Partageant l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ quant à la présence d'un SAS modéré, le Dr G\_\_\_\_\_ n'en a pas moins précisé, au regard de l'inefficacité de la CPAP, que même si les symptômes nocturnes et diurnes étaient compatibles avec le SAS, ceux-ci n'en étaient pas moins totalement non spécifiques à ce diagnostic pneumologique (dont ne découlaient ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail), mais secondaires aux troubles psychiques (état anxieux, état dépressif, attaques de panique) et à des facteurs non médicaux (hygiène du sommeil perfectible de par le temps passé au lit en dehors des heures de sommeil et la télévision laissée allumée).

En ce qui concerne la situation sur le plan cardiaque, il ressort des renseignements recueillis auprès du Dr J\_\_\_\_\_ que le contrôle cardiologique de janvier 2023 était dans les limites de la norme, sans éléments préoccupants, que l'anomalie décelée en juin 2023 par ce spécialiste (importante extrasystolie supraventriculaire avec absence de fibrillation auriculaire) était sans dangerosité et qu'au vu de cette situation, il n'y avait pas lieu d'introduire un éventuel traitement.

À la lumière de ces éléments, la chambre de céans considère que le SMR peut être suivi en tant qu'il estime ne pas pouvoir retenir d'aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique, une atteinte incapacitante de manière notable et durable faisant défaut à ce niveau.

D'avis contraire, la recourante soutient que le Dr H\_\_\_\_\_ et le Dr G\_\_\_\_\_ auraient émis des avis qui différencieraient l'un de l'autre, tant sur les causes de ses troubles du sommeil que sur les traitements adéquats et qu'en conséquence, dans son avis du 8 juillet 2024, le SMR n'était pas fondé à conclure à l'absence d'atteinte incapacitante notable et durable sur le plan somatique.

Ces arguments ne sauraient être suivis. La chambre de céans constate en effet que les Drs H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ s'accordent à retenir un SAS. Pour le reste, leurs rapports ne sont pas comparables, le premier spécialiste cité étant intervenu en amont, en tant que prescripteur d'une CPAP, alors que le second est intervenu six mois plus tard pour effectuer un bilan de cette mesure et en tirer les conclusions (« insomnie comorbide » dont les symptômes sont « totalement non spécifiques » au SAS). De plus, le Dr H\_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles, contrairement au Dr G\_\_\_\_\_. Aussi convient-il de considérer à la lumière des explications claires, cohérentes et non contredites du Dr G\_\_\_\_\_, qu'en l'absence de limitations fonctionnelles, de réduction de la capacité de travail et de répercussions sur les actes de la vie quotidienne existant en lien avec un diagnostic pneumologique, le SMR était fondé à conclure à l'absence d'aggravation de l'état de santé qui reposerait sur une atteinte incapacitante notable et durable sur le plan somatique. Ainsi, compte tenu de l'absence de répercussions spécifiques au SAS, la question de savoir si dans le cadre de la comparaison temporelle déterminante (ci-dessus : consid. 9.1 *in initio*), l'insomnie « comorbide » est nouvelle et/ou se traduit par un changement clairement objectivé de la situation clinique depuis la décision du 26 novembre 2019 sera examinée ci-après (consid. 9.4).

**9.4** Sur le plan psychiatrique, la situation prévalant à l'époque de cette décision ressort du rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. On signalera à titre liminaire que les troubles du sommeil étaient déjà d'actualité à cette époque et que l'expert les a pris en compte notamment dans l'examen de la dépression, sans que leurs répercussions ne se distinguent de celles retenues par le pneumologue G\_\_\_\_\_ : « l'expertisée fait mention de difficultés d'endormissement fréquents sans réveils nocturnes systématiques, mais ponctuels en fonction de ses angoisses. Toutefois, on ne retient pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne [en] l'absence d'une somnolence diurne au moment de l'expertise » (dossier AI, doc. 34, p. 144-145). En outre, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert intégraient notamment la présence d'une « fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré » (dossier AI, doc. 34, p. 154). Pour le surplus, on rappellera que sur les trois diagnostics posés par l'expert, seuls les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) et les

troubles paniques avec attaques de paniques (F41.0) avaient une répercussion sur la capacité de travail, le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante (F61) n'en ayant pas. À cet égard, l'expert précisait qu'en l'absence d'une hospitalisation en psychiatrie et d'une prise en charge hebdomadaire, ce trouble de la personnalité était actuellement non décompensé (dossier AI, doc. 34, p. 150) et n'avait « pas empêché l'assurée à se former dans le passé sans limitations en dehors des épisodes dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique » (dossier AI, doc. 34, p. 151).

S'agissant de la situation décrite par le Dr B\_\_\_\_\_ à l'appui de la demande de révision du 29 août 2023, ce médecin pose les mêmes diagnostics que l'expert E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 novembre 2023, à ceci près qu'il considère que le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante (F61) a également une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il juge nulle depuis mai 2023. On constate cependant à l'examen des rapports antérieurs du Dr B\_\_\_\_\_ que ce médecin a considéré de tout temps que le diagnostic précité était incapacitant, que ce soit à l'époque de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ ou plus récemment (notamment ses rapports des 11 mai 2018 et 27 mai 2021, concluant au demeurant à une capacité de travail de 50%). En outre, en se penchant sur le rapport du 3 novembre 2023 du Dr B\_\_\_\_\_, on constate que ce médecin ne répond pas à la question « quelle a été l'évolution de l'état de santé de votre patient/e depuis le début (spécifier la date) de votre prise en charge » (dossier AI, doc. 70, p. 273), mais qu'il se contente de décrire le traitement psychotrope en cours, si bien qu'on peine à déceler une corrélation entre la péjoration de la capacité de travail (0% depuis mai 2023 aux dires de ce psychiatre traitant) et un changement clairement objectivé de la situation clinique et des limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise psychiatrique de 2019. On constate néanmoins que la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante est abordée de manière plus détaillée par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 décembre 2024.

Il y précise en effet que « lors de la première demande pour une rente d'invalidité en "2008" [recte : 2018], la question de demander une rente partielle ou entière [s'était] posée. En effet, la patiente présentait déjà à l'époque un tableau qui pouvait justifier une demande d'une rente entière en raison de l'intensité des troubles existants. Finalement et dans le but de préserver un éventuel potentiel d'intégration professionnelle et de maintenir un minimum d'intégration sociale et également renforcer l'estime de soi, nous [avons] opté pour une demande de rente partielle. Mais l'évolution ultérieure de l'état clinique avec absence d'une stabilité durable et une sensibilité exacerbée aux stress professionnel et social, avec un épuisement psychologique croissant, [n'avaient] pas permis de maintenir cet objectif. La dernière expérience professionnelle en 2019 [était] venue confirmer ce constat de vulnérabilité psychologique trop importante pour permettre à la patiente d'assumer un poste de travail dans la durée. Actuellement, le[s]

traitement[s] psychothérapeutique et médicamenteux sont optimaux, on ne peut [pas] envisager une amélioration notable de l'état de santé de la patiente et de ce fait, il n'y aura pas d'amélioration de la capacité à assumer un poste de travail dans un avenir proche. [L'assurée] est actuellement en incapacité de travail à 100% et ceci probablement pour une durée minimale de 2 à 3 ans. Ce délai est nécessaire pour la patiente pour sortir du cercle vicieux de l'anticipation anxieuse des situations professionnelles et sociales anxiogènes et paralysantes, qui entretiennent les troubles en cours. La rupture de ce mécanisme d'anticipation pourrait augmenter la probabilité d'une meilleure stabilisation de son état de santé et lui permettre de se concentrer pour tenter de mettre en place une organisation de son quotidien moins énergivore, sans disperser son énergie psychologique qui est déjà très réduite depuis des années » (rapport du 19 décembre 2024 du Dr B\_\_\_\_\_).

La chambre de céans constate toutefois que, dans son rapport du 11 mai 2018, soumis à l'appréciation de l'expert E\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_ rapportait déjà, outre « des troubles chroniques du sommeil évoluant depuis le début de l'âge adulte », « une anticipation anxieuse des situations d'interaction, aussi bien sociale que professionnelle » ainsi qu'une « évolution marquée par la labilité de l'état clinique avec des décompensations fréquentes de l'état thymique et une exacerbation de l'anxiété avec de[s] épisodes d'attaque de panique qui augmentent le comportement d'évitement et d'isolement », tout en concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (dossier AI, doc. 17, p. 72-74). On ajoutera que, dans son rapport du 27 mai 2021, pourtant postérieur à la dernière expérience professionnelle en 2019 – qui est présentée comme un point de bascule dans le rapport du 19 décembre 2024 –, le Dr B\_\_\_\_\_ faisait mention d'une absence de modification notable de l'état de santé depuis l'octroi de la rente et d'un « état fluctuant avec instabilité émotionnelle et des objectifs. Instabilité relationnelle et conflits fréquents » et attestait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, à l'instar de l'expert E\_\_\_\_\_ qui retenait en 2019 que ce taux d'activité correspondait aux capacités fonctionnelles effectives de l'intéressée (sur cette notion : ci-dessus : consid. 5.4.2).

Au regard de la symptomatologie essentiellement identique ressortant, à six ans d'intervalle, des rapports des 11 mai 2018 et 19 décembre 2024 précités et de la motivation avancée pour expliquer le passage à une incapacité de travail totale depuis mai 2023 (« sortir du cercle vicieux de l'anticipation anxieuse des situations professionnelles et anxiogènes et paralysantes »), le Dr B\_\_\_\_\_ procède en définitive à une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé depuis la décision du 26 novembre 2019, de sorte que la preuve d'une modification importante de l'état de fait – qui serait survenue depuis lors – n'a pas été rapportée au degré requis de la vraisemblance prépondérante.

Il s'ensuit que la décision litigieuse pouvait se fonder valablement sur l'avis du 8 juillet 2024 du SMR, concluant à l'absence d'aggravation de l'état de santé. Sur ce point décisif pour l'issue du litige, les rapports médicaux versés au dossier sont suffisamment circonstanciés et explicites. En conséquence, la chambre de céans refusera, par appréciation anticipée des preuves (ci-dessus : consid. 8.2), de donner suite favorablement aux diverses mesures d'instruction sollicitées par la recourante.

- 10.** Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.
- 11.** Un émolument de CHF 200.- est mis à charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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