

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/857/2025

ATAS/504/2026

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

**Arrêt du 4 juin 2026**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine WEBER-FUX et Christine  
LUZZATTO, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1981, divorcée, mère de deux enfants nées en 2001 et 2015, est titulaire d'un certificat de capacité d'assistante socio-éducative décerné en 2010, ainsi que d'un diplôme d'école supérieure d'éducatrice de l'enfance décerné en 2020. L'assurée a travaillé notamment en tant qu'aide de crèche, auxiliaire éducatrice ou assistante socio-éducative, dans différentes institutions, à des taux d'activité variables.
- b.** Par décision du 28 novembre 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rejeté une demande de prestations qui avait été déposée le 11 septembre 2012. L'assurée ne s'était en effet pas présentée à l'expertise psychiatrique à laquelle elle avait été convoquée. Elle n'avait pas non plus donné suite à une sommation l'invitant à prendre un nouveau rendez-vous auprès de l'expert psychiatre mandaté. En l'absence d'expertise, l'OAI n'avait retenu aucune invalidité.
- B.**    **a.** Le 1<sup>er</sup> septembre 2023, l'assurée a été engagée en qualité d'éducatrice d'accueil à 30% au sein du Service des affaires sociales de la Ville de B\_\_\_\_\_ et, en parallèle, à 50% auprès de l'Association intercommunal pour l'accueil familial de jour C\_\_\_\_\_.
- b.** Le 10 novembre 2023, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une totale incapacité de travail du 9 novembre au 9 décembre 2023. Cet arrêt de travail a par la suite été prolongé, le 8 décembre 2023 jusqu'au 8 janvier 2024.
- c.** L'assurée a été licenciée avec effet au 30 novembre 2023 (*cf.* « questionnaire pour l'employeur : réadaptation professionnelle/rente » complété le 2 avril 2024).
- d.** Le 8 décembre 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et une dépression.
- e.** Dans un rapport du 31 janvier 2024, la Dre D\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée depuis le 9 novembre 2023, malgré un suivi psychothérapeutique et une pharmacothérapie. Les diagnostics posés étaient les suivants : trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), TDAH (F90) et difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56).
- f.** Le 7 février 2024, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que les éléments versés au dossier rendaient plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée, qu'il convenait d'instruire.

**g.** Dans un rapport du 20 juin 2024, la Dre D\_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que précédemment, à l'exception du trouble dépressif récurrent, épisode sévère, désormais sans symptômes psychotiques (F33.2). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis le 9 novembre 2023.

**h.** Sur recommandation du SMR, l'OAI a mis sur pied une expertise, confiée au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a examiné l'assurée les 29 novembre et 5 décembre 2024, puis a rendu son rapport le 13 décembre 2024.

L'expert a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis septembre 2023 (F33.11). Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de TDAH, surtout durant l'enfance, non objectivé durant l'examen clinique (F90), et de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse non décompensés (Z73.1). Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans toute activité depuis septembre 2023.

**i.** Le 13 janvier 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de cette expertise.

**j.** Le 20 janvier 2025, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Le statut retenu était celui de personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et, pour les 20% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

L'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 20% dans toute activité professionnelle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2023, début du délai d'attente d'un an.

La comparaison des revenus sans (CHF 91'138.-) et après invalidité (CHF 47'558.-) aboutissait à une perte de gain de 47.82% dans la sphère professionnelle.

Compte tenu de la capacité de travail de 80% dans toute activité, une enquête ménagère ne s'avérerait pas nécessaire. L'OAI considérait que l'assurée ne présentait pas d'empêchement dans la sphère ménagère.

Le degré d'invalidité global se calculait comme suit :

| activités                | part | perte économique | degré d'invalidité |
|--------------------------|------|------------------|--------------------|
| professionnelle          | 80%  | 47.82%           | 38.26%             |
| travaux habituels        | 20%  | 0%               | 0%                 |
| degré d'invalidité total |      |                  | 38%                |

Le taux d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à une rente était nié. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, puisque c'était en exerçant son activité habituelle que l'assurée était la plus à même de réduire le dommage.

**k.** Par lettre du 9 février 2025, l'assurée a contesté ce projet de décision.

**l.** Le 28 février 2025, l'OAI a reçu un rapport de la Dre D\_\_\_\_\_.

**m.** Le 5 mars 2025, le SMR a maintenu son appréciation, la psychiatre traitante n'apportant pas d'éléments qui auraient été ignorés de l'expert.

**n.** Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- C. a.** Par acte du 11 mars 2025, l'assurée, agissant en personne, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans, en sollicitant une nouvelle évaluation de son dossier et une reconnaissance de ses droits.

La recourante fait valoir que ses troubles psychiques l'empêchent d'exercer une activité professionnelle de manière stable et qu'elle doit déployer des efforts considérables pour assumer les tâches domestiques.

Elle produit en particulier :

- un rapport du 4 décembre 2023 du docteur F\_\_\_\_\_, médecin praticien, posant le diagnostic de douleur sacro-iliaque, torsion sacrée ;
- un rapport du 21 novembre 2023 de l'Hôpital G\_\_\_\_\_ mentionnant des douleurs thoraciques ;
- un rapport non daté du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, recommandant un examen polysomnographique en raison d'une suspicion forte d'un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil ;
- un rapport du 8 juillet 2022 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, relatif à la prise en charge d'un syndrome d'apnées du sommeil moyen ;
- un rapport du 23 juin 2022 du Dr I\_\_\_\_\_, proposant la mise en place d'une orthèse d'avancée mandibulaire, auquel est annexé un rapport de polygraphie ventilatoire du 17 juin 2022 ;
- un rapport du 28 avril 2016 de la Dre D\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.11) et de troubles hyperkinétiques (F90) ;
- un rapport du 18 juillet 2013 de la docteure J\_\_\_\_\_, médecin généraliste, invitant l'OAI à se renseigner auprès du psychiatre traitant ;
- un rapport du 12 octobre 2012 de la Dre J\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, de personnalité émotionnellement labile et de difficultés liées à l'emploi et au chômage ;
- un rapport du 5 mars 2012 de la Dre J\_\_\_\_\_, évoquant des symptômes psychiques et adressant l'assurée à un psychiatre ;
- un rapport du 26 novembre 2010 de la docteure K\_\_\_\_\_, médecin praticienne, faisant état d'un burnout avec syndrome anxio-dépressif dans le cadre d'un *mobbing* professionnel ;
- un certificat d'arrêt de travail à 100% établi par la Dre J\_\_\_\_\_ le 9 septembre 2009 pour la période du 7 au 9 septembre 2009 ;

- un rapport du 11 juin 2004 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, posant le diagnostic d'état dépressif majeur dans le cadre d'une séparation conjugale douloureuse ;
- un rapport du 15 mai 2004 du Dr L\_\_\_\_\_, diagnostiquant un état anxio-dépressif.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 avril 2025, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que le rapport d'expertise psychiatrique de décembre 2024 doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il constate que les nouvelles pièces médicales font état d'atteintes à la santé somatiques aiguës non durablement incapacitantes et se rallie à un nouvel avis du SMR émis le 24 mars 2025.

**c.** Dans sa réplique du 30 avril 2025, la recourante a contesté le rapport d'expertise psychiatrique de décembre 2024.

Elle verse au dossier :

- un document intitulé : « mon parcours professionnel et mes arrêts maladie de 2002 à 2025 » ;
- une lettre du 26 avril 2025 signée par M\_\_\_\_\_, ancien collègue et compagnon et ami de la recourante ;
- un certificat de travail établi par la Ville de N\_\_\_\_\_ le 6 octobre 2023, attestant de l'activité exercée par l'assurée en qualité d'éducatrice de l'enfance à 65% au sein du Service de la petite enfance pour l'Espace de vie et d'éducation préscolaire O\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2022 au 6 août 2023.

**d.** Par écriture du 26 juillet 2025, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision.

La recourante nie toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ et s'étonne qu'aucune enquête ménagère n'ait été ordonnée.

Elle produit en particulier :

- un rapport du 28 février 2014 de la Dre D\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.11), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) ;
- un avis du SMR du 12 juin 2014 listant les questions complémentaires qu'il proposait de poser à la Dre D\_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 26 août 2014 de la Dre D\_\_\_\_\_ répondant auxdites questions ;

- un avis du SMR du 20 novembre 2014 préconisant une expertise psychiatrique ;
- un document rédigé par la recourante elle-même, intitulé : « Remarques et annotations du rapport de l'expertise médicale psychiatrique de l'AI ».

**e.** Par écriture du 19 août 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 15 janvier 2026, lors de laquelle a été entendue la Dre D\_\_\_\_\_.

**f.** Dans ses observations du 11 février 2026, l'intimé a persisté dans ses conclusions en s'appuyant sur un nouvel avis du SMR du 9 février 2026.

**g.** Le 27 février 2026, la recourante a fait de même, ordonnance de sa psychiatre traitante du 21 février 2026 à l'appui.

**h.** 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 chambre 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).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** 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 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). 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).

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

**3.** Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

**4.**

**4.1** 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).

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).

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

**4.2** 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).

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

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

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).

En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

**4.4** Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

## **4.5**

**4.5.1** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI).

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).

Une simple comparaison de pourcentage peut suffire lorsque l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité est alors identique au taux d'incapacité de travail (*cf.* ATF 114 V 310 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6 et les références).

**4.5.2** Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Selon l'art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

Selon l'art. 27<sup>bis</sup> al. 1 RAI, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b).

Selon l'art. 27<sup>bis</sup> al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé : en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% (let. a) ; en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante (let. b) ; en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. c).

Selon l'art. 27<sup>bis</sup> al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé : en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité (let. a) ; en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2 let. c et une activité lucrative exercée à plein temps (let. b).

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du

rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

**4.6** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

## 5.

**5.1** En l'espèce, la recourante ne conteste pas le statut mixte retenu par l'intimé (sphère professionnelle de 80% et sphère ménagère de 20%). Au demeurant, avant l'incapacité de travail invoquée dès le 9 novembre 2023, la recourante exerçait une activité lucrative à 80% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023 (dossier AI p. 386-387). Il ressort par ailleurs d'un courrier de l'office cantonal de l'emploi du 16 février 2024 qu'un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur du 30 juin 2022 au 29 juin 2024 ; l'assurée recherchait un emploi à 80% (p. 371).

Dès lors, la répartition entre activité professionnelle (80%) et travaux ménagers (20%) peut être confirmée.

**5.2** En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, l'intimé s'est basé sur l'avis du SMR du 13 janvier 2025, lui-même fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 13 décembre 2024.

Dans la mesure où l'expert retient un diagnostic psychique, il y a lieu d'en examiner le caractère incapacitant au regard des critères jurisprudentiels (ATF 141 V 281 consid. 4).

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert psychiatre a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis septembre 2023. Il a pu constater, sur la base du score obtenu au test des matrices de Raven, que la recourante présentait des capacités de concentration et intellectuelles dans la moyenne haute, excluant des troubles cognitifs significatifs (p. 27). Il a également pu observer une discordance entre le score obtenu au test de Beck – révélant une dépression sévère –, qui traduisait l'évaluation de la gravité subjective des symptômes dépressifs, et celui obtenu au test MADRS, qui mettait en évidence une dépression modérée et permettait l'évaluation de la gravité objective des symptômes (p. 28-29). L'expert n'a pas objectivé de limitations psychiatriques sévères chez une assurée surtout limitée par sa tristesse et sa fatigue subjective, sans ralentissement psychomoteur

objectivé, sans troubles de la concentration objectivables et avec une anhédonie partielle (p. 30). L'expert a par ailleurs écarté tout trouble psychotique (p. 25-26, 29) et relevé qu'aucun antipsychotique n'avait été prescrit (p. 31).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », l'expert a indiqué que la recourante avait été hospitalisée pour raisons psychiques à l'adolescence, à l'âge de 15-16 ans, suite à une tentative de suicide (p. 14, 33), mais qu'aucune hospitalisation psychiatrique n'avait eu lieu après le début de l'âge adulte (p. 39). Il a relevé que la recourante, qui avait un suivi psychiatrique une fois par mois (p. 22), était compliant à son traitement antidépresseur (p. 26), qu'il n'était pas nécessaire de modifier, bien qu'un changement puisse néanmoins augmenter la capacité de travail à 100% (p. 37). Il ne ressort donc pas du dossier que la recourante serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée.

S'agissant des « comorbidités », l'expert a retenu que le TDAH (F90) présent durant l'enfance, non objectivé lors de l'expertise, n'était pas incapacitant (p. 32, 35-36, 38). À cet égard, la Cour de céans constate que, dans un rapport du 28 avril 2016, produit par la recourante, la psychiatre traitante a, malgré le diagnostic de troubles hyperkinétiques (F90) posé alors, fait état d'une capacité de travail de 100%. Quant aux troubles somatiques de la recourante, le SMR, dans son avis du 24 mars 2025, après examen des pièces médicales versées au dossier au stade du recours, a conclu que ces documents n'évoquaient pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert psychiatre n'a pas retenu de trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue. Il a uniquement mis en évidence des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, sans répercussion sur la capacité de travail (p. 32, 35), en soulignant qu'ils n'avaient pas empêché la recourante de se former – comme en témoigne son *curriculum vitae* (dossier AI p. 366-367) –, de gérer son quotidien et de travailler (p. 39). La recourante a même déclaré à l'expert avoir consacré six ans de bénévolat dans une maison de quartier où elle avait été présidente de comité et collaboré pour une association, ainsi que participé à des actions humanitaires (p. 17). Au demeurant, une précédente expertise psychiatrique – mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie et ayant donné lieu à un rapport, le 22 juin 2012 – avait exclu tout trouble de la personnalité et retenu uniquement des traits de personnalité émotionnellement labile (dossier AI p. 66), à l'instar de l'ancien psychiatre traitant de la recourante (p. 46, 153). Or, des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

Pour ce qui est du « contexte social », certes, le réseau social de la recourante est restreint. Toutefois, elle vit avec ses filles (p. 19) et voit son ancien compagnon une à deux fois par semaine et ses parents environ une fois tous les deux jours (p. 20). Par lettre du 26 avril 2025, l'ancien compagnon a attesté rester en contact régulier avec la recourante. Cette dernière n'est donc pas isolée complètement.

En ce qui concerne la « cohérence », force est de constater que les symptômes sévères invoqués par la recourante ne se manifestent pas de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne. En effet, son hygiène n'est pas altérée (p. 24). Elle gère seule son quotidien (p. 13), même si elle a tendance à procrastiner (p. 19). Elle effectue les tâches ménagères, fait les courses, cuisine (p. 21), s'occupe de ses affaires administratives – ce qui est corroboré par sa correspondance adressée à l'intimé (dossier AI p. 458, 520-522, 535) et les écritures rédigées dans le cadre de la présente procédure –, et prend soin de sa fille mineure (p. 22). Elle lit beaucoup, regarde des films, séries ou documentaires, se promène, marche, nage à la piscine en été, bricole, prend les transports en commun et est partie seule à P\_\_\_\_\_ en avril 2024 durant quelques jours (p. 21).

Comme le relève le SMR dans son avis du 5 mars 2025, le rapport de la psychiatre traitante du 28 février 2025 ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés par l'expert. Le médecin rappelle les données anamnestiques contenues dans ses rapports des 31 janvier et 20 juin 2024 – connus de l'expert – et informe de l'ajustement de la posologie du Focalin, de 10 à 20 mg.

Lors de l'audience d'enquête du 15 janvier 2026, la psychiatre traitante a affirmé qu'au moment de l'expertise, sa patiente présentait possiblement une dépression de degré modéré, sous médication (procès-verbal du même jour p. 2). Elle a expliqué que le traitement médicamenteux prescrit permet à la recourante de lire et de s'occuper de son ménage à son rythme (« *elle divise les activités en petites tranches* » ; p. 3). C'est également grâce audit traitement que la recourante a pu suivre des formations (p. 3). Le médecin confirme donc que la compliance au traitement médicamenteux se traduit par une amélioration de l'état de santé psychique de sa patiente, telle que constatée par l'expert E\_\_\_\_\_ (p. 4).

La Cour de céans observe que le rapport d'expertise psychiatrique de décembre 2024 comprend les données objectives du dossier (les pièces médicales), les données subjectives de la recourante et l'anamnèse (p. 3-23), les observations cliniques complétées par un entretien psychologique (p. 2, 23-29), ainsi que l'appréciation du cas, qui est bien motivée (p. 30-42), sans qu'elle soit discréditée par l'avis de la psychiatre traitante. Ce rapport remplit donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

Ainsi, compte tenu des indicateurs pertinents, il y a lieu d'admettre avec l'expert psychiatre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80% dans toute activité depuis septembre 2023.

C'est le lieu de rappeler que, pour apprécier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des documents médicaux probants et non sur l'appréciation subjective de l'assuré (ou de ses proches), quant à ses restrictions et au taux de sa capacité de travail. Dans cette mesure, le courrier de l'ancien compagnon du 26 avril 2025 n'est pas pertinent pour se prononcer sur les diagnostics et les limitations de la recourante.

**5.3** Il convient à présent de procéder au calcul du degré d'invalidité global de la recourante.

En ce qui concerne la sphère professionnelle, dès lors que la capacité résiduelle de travail de l'assurée est exploitable à 80% dans toute activité, y compris dans son activité habituelle, conformément aux conclusions de l'expert, il convient de retenir une incapacité de travail de 20% correspondant à une incapacité de gain de 20% (*cf.* consid. 4.5.1 ci-dessus).

Ainsi, à l'issue du délai d'attente d'un an, en novembre 2024 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle s'élevait à 16% ( $80\% \times 20\%$ ).

Même à admettre, au mieux, un empêchement total dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité dans ce domaine d'activité ne serait alors que de 20% ( $20\% \times 100\%$ ) et le degré d'invalidité global, de 36% ( $16\% + 20\%$ ), soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu de ces éléments, la décision litigieuse doit être confirmée, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une enquête ménagère, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

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

La recourante, qui n'obtient pas 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