

# **GE\_GERICHTE ATAS/257/2026 vom 24. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_257\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_257_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/257/2026 du 24 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/257/2026 del 24 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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 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.

### **E. 1.2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 1.3**

Interjeté dans la forme et le délai – de 30 jours – prévus par la loi, le recours est recevable sous ces angles (art. 38 al. 3 et 4 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

## **E. 2**

Le 1er 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 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 1er 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). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité – et a fortiori à des mesures professionnelles – naîtrait au plus tôt en septembre 2025, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée le 3 mars 2025 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance 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), de sorte qu'est applicable la législation en vigueur dès le 1er janvier 2022 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_31/2023 du 25 mai 2023 consid. 3.2 a contrario), et aussi celle découlant de la modification du 17 décembre 2021 (AVS 21) entrée en vigueur le 1er janvier 2024 (RO 2023 92 ; FF 2019 5979).

### **E. 3.1**

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1er janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

A/3146/2025 - 7/16 - Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1er janvier 2022 –, 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 un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente – la plus basse – de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

### **E. 3.4**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA – dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2022 –, 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 : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b).

#### **E. 4.1**

Selon l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impuissance ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

#### **E. 4.2**

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière

A/3146/2025 - 8/16 - générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C\_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1). À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet

2013 consid. 2.2). Si la modification déterminante pour le droit est rendue plausible, l'administration est tenue d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et de l'examiner globalement en fait et en droit ; elle doit donc procéder de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 3.1 ; cf. à ce sujet ATF 130 V 71), à savoir examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 précité consid. 3 ; 8C\_619/2022 précité consid. 5.1).

#### **E. 4.3**

Les exigences de preuves dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI étant sensiblement réduites (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3), la conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment de la décision de refus de rente ; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_400/2025 du 15 décembre 2025 consid. 3 ; 8C\_29/2023 précité consid. 3 ; 8C\_619/2022 précité consid. 5.1 ; cf. par analogie BGE 144 V 427 consid. 3.3). Toutefois, on peut également exiger d'un tel rapport qu'il ne se limite pas à reproduire les arguments avancés par la personne assurée, mais qu'il expose de manière concevable les raisons pour lesquelles le médecin traitant estime que l'état de santé s'est (considérablement) détérioré. Si, en revanche, on peut supposer que le nouveau rapport ne représente qu'une appréciation différente d'une situation médicale restée pour l'essentiel inchangée, il ne permet pas de rendre plausible

A/3146/2025 - 9/16 - une aggravation (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_619/2022 précité consid. 5.1 ; 9C\_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 4.2).

#### **E. 4.4**

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 – actuellement 2 et 3 – RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_619/2022 précité consid. 3.2 et les références). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 ainsi que 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à

renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 ; 8C\_880/2017 précité consid. 5.1 ; 8C\_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative (telles que se présentant au moment où l'administration a statué) justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 précité consid. 4.1).

### **E. 5.1**

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit ou non de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 3 mars 2025 par la recourante.

A/3146/2025 - 10/16 - L'issue la plus favorable pour l'assurée serait ainsi que, comme demandé par celle-ci dans son recours, la chambre de céans ordonne à l'office d'entrer en matière sur sa demande et l'examine globalement en fait et en droit, en procédant de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGA, à savoir en examinant la cause sur le fond et en déterminant si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la recourante a effectivement eu lieu ou non. Il y a lieu de procéder à la comparaison des états de fait entre d'une part le

### **E. 5.2**

La recourante reproche au SMR, suivi par l'OAI, de s'être contenté d'une comparaison entre le rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ du 27 mars 2025 et celui des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ du 2 juin 2023, et de n'avoir à aucun moment comparé la situation telle que décrite dans le dernier rapport des psychiatres traitants (du 27 mars 2025) précité et les éléments retenus dans le cadre de l'expertise du BEM. Cela étant, on ne voit pas ce qu'il y aurait de problématique de la part du SMR et de l'office dans le fait de comparer la situation selon le rapport des psychiatres traitants du 2 juin 2023 et celle ressortant de leur nouveau rapport du 27 mars 2025. Il y aura lieu ci-après, dans un premier temps, de procéder à la comparaison d'abord des situations de l'assurée d'après le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023 et celui du 27 mars 2025, puis selon le rapport des psychiatres traitants du 2 juin 2023 et leur nouveau rapport du 27 mars 2025. On voit difficilement, dans les présentes circonstances particulières, comment une éventuelle absence d'aggravation entre les tableaux des mêmes médecins à différentes périodes pourrait être, en pratique, compatible avec une modification notable par rapport à des avis anciens d'autres médecins. Ceci ne saurait toutefois exclure d'emblée toute comparaison entre d'une part l'entier des éléments de fait existant en début février 2024, donc y compris le rapport d'expertise du BEM et le rapport du SMR, et d'autre part le dernier rapport des psychiatres traitants du 27 mars 2025 et celui du Dr E\_\_\_\_\_ du même jour, par exemple si le rapport d'expertise examinait des

problèmes factuels et/ou de santé importants et pertinents non abordés par les médecins traitants à la même époque. Mais cette comparaison devrait se concentrer sur la question de l'existence ou non d'éléments de fait importants objectivement nouveaux (au sens des art. 17 al. 1 ainsi que 87 al. 2 et 3 RAI) selon les rapports du 27 mars 2025 et devrait exclure d'éventuelles modifications qui consisteraient en réalité en une appréciation différente de la situation médicale telle qu'appréciée par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise (du BEM) du

A/3146/2025 - 11/16 - 30 novembre 2023, suivi par le rapport du SMR du 8 décembre 2023 (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 précité consid. 4.3 ; I 716/2003 précité consid. 4.1 ; cf. consid. 4.1 ci-dessus).

### **E. 5.2.1**

Tout d'abord, il convient de relever que, dans le formulaire, l'assurée motive sa nouvelle demande AI déposée le 3 mars 2025 par la même atteinte à la santé que celle indiquée dans sa précédente – et première – demande du 2 septembre 2022, à savoir une fibromyalgie existant depuis novembre 2021, et que ni les rapports médicaux ni les arguments invoqués dans le cadre de la nouvelle demande ne font état d'une aggravation de l'état de santé du point de vue somatique, mais seulement psychiatrique.

### **E. 5.2.2**

Ensuite, aucune péjoration de l'état de santé ne ressort du rapport du 27 mars 2025 du médecin généraliste traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, comparé à celui du 13 mars 2023 et à sa lettre du 29 décembre 2022 au psychiatre. En effet, dans le rapport du 27 mars 2025, il n'est plus fait mention d'un « état anxio-dépressif sévère », contrairement au rapport du 13 mars 2023 (dans lequel figurait, comme premier point, de ce qui suit : « Aggravation des symptômes de fibromyalgie et son état anxio-dépressif sévère, suspicion de syndrome de tunnel carpien à gauche de degré modéré. Fatigue d'origine possiblement multi-factorielle [obésité avec pyrosis, carence vitaminique, évaluation de syndrome d'apnée du sommeil en cours par la suite] »). Les diagnostics (« comorbidités ») posés dans le rapport du 27 mars 2025 correspondent pour l'essentiel à ceux figurant dans la lettre adressée le 29 décembre 2022 au psychiatre de la patiente, avec en particulier, comme premier point, un « état anxio-dépressif avec possible trouble de somatisation », accompagné d'une colopathie fonctionnelle et d'une fibromyalgie, donc sans changement par rapport à ce qui était écrit en 2022-2023 et même mai 2021 (notes émanant du Centre médical F\_\_\_\_\_), et, comme cinquième point, une suspicion de migraine évaluée par la neurologue KAPINA en novembre 2022. S'agissant du traitement médicamenteux, alors que le médecin généraliste traitant mentionne en décembre 2022 le Cymbalta (antidépresseur, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSNa]) 60 mg par jour (à partir du 30 décembre 2022) et le Lyrica (qui traite l'épilepsie, les douleurs neuropathiques et les troubles anxieux généralisés chez l'adulte) 100 mg le soir, il indique en mars 2025 le Saroten (antidépresseur tricyclique) 75 mg, le Lyrica 50 mg matin et midi, ainsi que le Remeron (antidépresseur) 15 mg le soir, ce à quoi s'ajoute le Mydocalm (myorelaxant d'action centrale) 150 mg le soir contre la fibromyalgie. Ainsi, aucune péjoration en début 2025 par rapport à début 2024 ne ressort des avis du Dr E\_\_\_\_\_.

### **E. 5.2.3**

Pour ce qui est des psychiatres traitants, le rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ du 27 mars 2025 ne fait pas état de diagnostics plus graves que les

A/3146/2025 - 12/16 - rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ des 12 décembre 2022 et 2 juin 2023, les diagnostics de 2025 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [F33.1] et anxiété généralisée [F41.1]) étant même un peu moins sévères que ceux de 2022-2023 (épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F32.2] et anxiété généralisée [F41.1]), comme le relève le SMR le 14 mai 2025. Le rapport des psychiatres traitants du 27 mars 2025 indique que « l'évolution globale est stationnaire avec des périodes de rechutes ». Il ne fait, pour le surplus, pas ressortir d'aggravation notable par rapport à 2022-2023 sous les angles des symptômes, de la description d'une journée type (vie quotidienne) et des activités ménagères, ainsi que des ressources. En effet, notamment, concernant les symptômes, il y a, en 2025 comme en 2022-2023, entre autres une grande fatigue, des problèmes de sommeil, des douleurs chroniques au sujet desquelles la patiente est dans l'anticipation permanente (ou constante), une anhédonie, le rapport de mars 2025 mentionnant également une avolition ; alors que le rapport du 2 juin 2023 mentionne « des cogitations anxio-dépressives permanentes sur ces faits », une « auto-dévalorisation constante avec une perte totale de plaisir », des « crises d'angoisse déclenchées par des ruminations anxieuses et par la douleur », le rapport du 27 mars 2025 est légèrement plus nuancé concernant ces aspects, évoquant « des ruminations » et « des anticipations anxieuses envahissant son esprit et altérant ses capacités de concentration et d'attention », et rapporte que la patiente « peine à trouver du plaisir et à initier des activités » ; en outre, sous l'angle de l'anxiété, le rapport du 2 juin 2023 semble plus insister sur des sortes de « pics d'anxiété », celui du 27 mars 2025 plutôt sur « des inquiétudes omniprésentes ». Dans la description d'une journée type (vie quotidienne) et des activités ménagères, la recourante n'apparaît pas notablement moins active ou entreprenante en 2025 qu'en 2022-2023. S'il est difficile de se prononcer sur l'évolution de ses ressources internes, ses ressources en lien avec son entourage paraissent être un peu plus favorables en 2025 qu'en 2022-2023, avec notamment une relation apparemment meilleure avec son mari et la présence de son petit-fils né au second semestre 2024, qui est « une ressource pour elle ». Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport du 27 mars 2025 ne montre pas un accroissement, aux plans quantitatif et qualitatif, des limitations fonctionnelles de l'assurée ; certes, par comparaison avec les rapports de 2022 et 2023, un paragraphe « cognitif (mémoire, concentration) », avec des problèmes de mémoire, concentration et attention, est ajouté dans le point relatif spécifiquement aux limitations fonctionnelles, mais le rapport du 2 juin 2023 fait déjà état, sous d'autres points, au plan neurocognitif (notamment haut de la p. 3), d'une plainte attentionnelle, d'oublis de rendez-vous ou d'activités accomplies durant la journée, de difficultés de compréhension ainsi que d'un manque de concentration pour effectuer certaines activités comme la lecture, étant en outre précisé que la description des limitations fonctionnelles

A/3146/2025 - 13/16 - dans le point dévolu à cet effet dans les rapports des 12 décembre 2022 et 2 juin 2023 correspond en grande partie à celle qui est faite dans le « rapport d'examen neuropsychologique » établi par la psychologue et neuropsychologue à la suite d'une consultation du 12 septembre 2022 ; aucune péjoration notable du point de vue cognitif ne ressort d'une comparaison entre les différents rapports des psychiatres traitants. La capacité de travail telle qu'attestée dans le rapport du 27 mars 2025 (capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une activité adaptée) ne diffère pas sensiblement de celle indiquée dans celui du 2 juin 2023, lequel n'explique d'ailleurs pas clairement pour quels motifs la capacité de travail serait nulle dans l'activité habituelle mais de 20 à 50% dans une activité adaptée, alors que seuls des troubles psychiques entrent en ligne de compte. Enfin,

aucune déduction significative relative à une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique ne peut être tirée de l'évolution du traitement médicamenteux (en 2023 : Sertraline 100 mg, remplacé par la Duloxétine 90 mg, ainsi que Lyrica 75 mg le soir en juin 2023 ; en mars 2025 : Venlafaxine 225 mg une fois par jour, Saroten 20 mg une fois par jour et Lyrica 50 mg à midi et 100 mg le soir).

#### **E. 5.2.4**

Enfin, les rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ainsi que du Dr E\_\_\_\_\_ du 27 mars 2025 ne font pas apparaître d'éléments de fait importants objectivement nouveaux par rapport au rapport d'expertise des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ (du BEM) du 30 novembre 2023, susceptibles de rendre plausible une aggravation notable – et durable – de l'état de santé de l'intéressée. En effet, ces nouveaux rapports, du 27 mars 2025, représentent une appréciation différente d'une situation médicale restée pour l'essentiel inchangée depuis début 2024, telle que décrite et appréciée par ledit rapport d'expertise (du 30 novembre 2023) ainsi que par le rapport des psychiatres traitants des 12 décembre 2022 et celui 12 mai 2023 – qui est le même que celui du 2 juin 2023 – et le « rapport d'examen neuropsychologique » du 12 septembre 2022 (cf. la jurisprudence rappelée sous consid. 4.3 et 5.2 ci-dessus). Il est précisé d'une part que le rapport d'expertise (p. 36) cite notamment les rapports des psychiatres traitants précité de même que le « rapport d'examen neuropsychologique » susmentionné et un rapport du Dr E\_\_\_\_\_, d'autre part qu'il n'examine pas des problèmes factuels et/ou de santé importants et pertinents qui n'auraient pas été abordés par les psychiatres et médecin généraliste traitants. À cet égard, ce qui est rapporté des propos tenus par l'assurée devant l'expert psychiatre (rapport d'expertise, dans l'anamnèse, p. 22 à 30) a trait notamment à des douleurs, à de l'anxiété, à une humeur selon elle toujours triste, qui font également partie des symptômes principaux décrits dans les rapports des psychiatres et médecin généraliste traitants, que ce soit en 2022-2023 ou en 2025.

A/3146/2025 - 14/16 - Au demeurant, les événements principaux ayant déclenché une certaine anxiété, de plus en plus forte, selon les psychiatres traitants (rapport du 12 décembre 2022, p. 1), apparemment durant une période passagère mais avec toujours au moment de l'entretien d'expertise (selon ce que rapporte l'intéressée) « une inquiétude importante vis-à-vis de la condition de santé de sa fille » mais non constante, d'après l'expert psychiatre (rapport d'expertise, p. 24, 25, 28 et 30), sont les mêmes pour tous ses spécialistes, à savoir les décès successifs des parents de l'expertisée en 2008 puis le diagnostic de trouble cardiaque chez sa fille cadette née en 2011 posé déjà lors de la grossesse. Certes, d'après l'expert K\_\_\_\_\_, l'expertisée ne rapporte pas de diminution de la concentration ou de l'attention (p. 28), mais un tel problème était déjà exposé dans le rapport des psychiatres traitants du 2 juin 2023. Au demeurant, le rapport d'expertise mentionne qu'elle décrit des troubles de la mémoire (oublis de rendez-vous par exemple) depuis septembre 2022 (p. 23 et 29). En tout état de cause, comme retenu plus haut (consid. 5.2.3), aucune péjoration du point de vue cognitif ne ressort d'une comparaison entre les différents rapports des psychiatres traitants en 2022-2023 et 2025. Certes aussi, l'hyperphagie mentionnée par le rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ du 27 mars 2025, sous la limitation fonctionnelle « Résistance psychique : Résistance au stress, fatigabilité, ressources » (« Quand elle se sent anxieuse, il lui arrive souvent d'avoir des crises d'hyperphagie dans comportements compensatoires »), apparaît être nouvelle par rapport à la situation allant jusqu'à début 2024, le rapport d'expertise indiquant quant à lui que

l'expertisée « ne rapporte pas de période hyperphagique » (p. 29). Toutefois, on ne voit pas en quoi ce nouveau problème serait en lui-même un élément invalidant, ce d'autant moins que les experts posent le diagnostic d'« obésité (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) E66.06 » (p. 19 ; au sujet de l'hyperphagie, cf. notamment LE MANUEL MSD, Hyperphagie boulimique, révisé en août 2025, accessible sur internet « <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-alimentation-et-du-comportement-alimentaire/hyperphagie-boulimique> »). Pour ce qui est la « tendance à se gratter excessivement ou à se faire mal quand elle sresse. Par exemple, elle se tape la tête » (rapport des psychiatres traitants du 27 mars 2025, également sous la limitation fonctionnelle « Résistance psychique : Résistance au stress, fatigabilité, ressources »), cet élément de fait nouveau n'apparaît pas non plus être en lui-même un élément invalidant. De manière générale, les différences de conclusions (notamment en matière de diagnostics et de capacité de travail) entre les experts du BEM et celles des psychiatres traitants et de la neuropsychologue en 2022-2023 et en 2025 apparaissent relever pour la majeure part non de faits et de symptômes qui seraient différents mais bien plutôt de divergences quant à l'interprétation et

A/3146/2025 - 15/16 - l'appréciation des propos et du comportement de la recourante ainsi que de l'anamnèse.

### **E. 5.3**

En définitive, la recourante ne rend pas plausible que l'invalidité se serait modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. C'est dès lors conformément au droit que l'intimé a refusé l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations AI déposée le 3 mars 2025.

### **E. 6**

Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.

### **E. 7**

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante (cf. art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3146/2025 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.