

GE_GERICHTE ATAS/357/2026 vom 24. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_357_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/357/2026 du 24 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/357/2026 del 24 aprile 2026

Erwägungen

E. 25

août 2025. e. Le 26 juin 2025, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant la Cour de céans. f. Interrogée par cette dernière, la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant de la recourante, s'est exprimée, dans un document du 13 août 2025, sur le rapport d'expertise du SEM. g. Invités également à prendre position sur ce rapport d'expertise, les docteurs L_____, médecin cheffe de clinique, et M_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité du service d'anesthésiologie (consultation d'antalgie) des HUG, se sont exécutés en date du 20 août 2025. h. Le 1er septembre 2025, sont également parvenus à la Cour de céans : un rapport du 14 octobre 2024 du service d'anesthésiologie des HUG, ainsi que les notes de suite de la Dre L_____, établies entre janvier et août 2025. i. Par écriture du 16 septembre 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se ralliant à de nouveaux avis émis par le SMR en dates des 1er et 8 septembre 2025. j. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

A/3308/2024 - 5/17 - 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA). Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 LPA en lien avec l'art. 89A LPA). En l'espèce, le recours du 29 septembre 2024 contre la décision du 3 septembre 2024, posté le 1er octobre 2024, et adressé à l'intimé qui l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence le 7 octobre suivant, conformément aux principes légaux applicables, a été formé en temps utile. Par ailleurs, le recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; ATAS/890/2025 du 12 novembre 2025 consid. 1.3). Il sera par conséquent déclaré recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante

à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. 3.

3.1 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).

A/3308/2024 - 6/17 - En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en avril 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 18 octobre 2023 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 3.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (cf. art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « allseitig »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références). 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). Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du

E. 30

novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références). 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). 3.3 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une

A/3308/2024 - 7/17 - maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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). 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). 3.4 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

A/3308/2024 - 8/17 - 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). La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est également applicable à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). 3.5 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

A/3308/2024 - 9/17 - 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. 1bis 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 ; 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).

A/3308/2024 - 10/17 - 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). 3.6 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

A/3308/2024 - 11/17 - Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). 4.

4.1 En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré entre le 22 mai 2015, date de la décision rejetant la première demande de prestations pour adultes – confirmée par la Cour de céans le 12 novembre 2015 (ATAS/881/2015 entré en force) –, et le 3 septembre 2024, date de la décision litigieuse rejetant la nouvelle demande de prestations. 4.2 À l'époque, la Cour de céans avait reconnu pleine valeur probante au rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 4 mars 2015, qui retenait les diagnostics de fibromyalgie, de cervico-lombalgies communes et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans répercussion sur la capacité de travail, jugée entière dans toute activité. La Cour a mentionné en particulier, en lien avec la fibromyalgie, que la publication de l'ATF 141 V 281, applicable à ce type de pathologie, ne permettait pas d'aboutir à un autre résultat, dès lors que les examinateurs avaient fait état de facteurs d'exagération des symptômes excluant l'existence d'une atteinte invalidante à la santé. Elle a également relevé que les autres atteintes évoquées par le médecin traitant (un goître, une tachycardie sinusale, des épigastralgies sur gastrite aiguë, une hypotension orthostatique et un épisode d'épilepsie dans l'enfance) n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable. 4.3 La décision litigieuse du 3 septembre 2024 se fonde, quant à elle, sur l'avis du SMR du 8 juillet 2024, lui-même basé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SEM du 27 juin 2024, ainsi que sur l'avis du SMR du 3 septembre 2024. Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise. 4.3.1 Sur le plan de la médecine interne, l'experte a posé les diagnostics, non incapacitants, de lupus érythémateux cutané sans traitement médicamenteux, d'épigastralgies sous traitement médicamenteux, de notion de goitre thyroïdien, de tachycardie sinusale avec prolapsus mitral très léger et d'hypotension orthostatique (p. 60). Elle a précisé que la fonction thyroïdienne était normale selon les analyses de laboratoire réalisées le 24 avril 2024, que la tachycardie sinusale ne nécessitait pas de traitement particulier, et que le lupus érythémateux cutané était contrôlé par une éviction solaire simple (p. 58-59). Elle en a conclu que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité n'impliquant pas d'exposition prolongée au soleil, et ce depuis toujours (p. 62). 4.3.2 Sur le plan neurologique, l'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux persistant, sans manifestation neurologique déficitaire, avec un traitement inefficace d'un possible syndrome des jambes sans repos. Il a indiqué que la recourante signalait un syndrome douloureux des jambes, de la nuque et du bras, surtout à gauche, mis sur le compte d'un syndrome des jambes sans repos, avec un essai de traitement par perfusions de fer et de dopaminergique, sans

A/3308/2024 - 12/17 - succès. Il a toutefois exposé que la recourante présentait une symptomatologie douloureuse (amplifiée) sans substrat organique, car l'examen neurologique détaillé était normal (p. 25). Il en a inféré que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité depuis toujours (p. 27). 4.3.3 Sur les plans

psychiatrique et rhumatologique, dans la mesure où les experts ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32) et de fibromyalgie, il y a lieu d'examiner le caractère incapacitant de ces diagnostics 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 un épisode dépressif sur la base des allégations de la recourante selon lesquelles elle souffrait de tristesse de manière constante, d'une asthénie et d'une baisse de sa capacité hédonique, en précisant que l'échelle d'Hamilton montrait un score de 17, correspondant à des symptômes dépressifs légers à modérés (p. 40). La recourante évoquait des manifestations anxieuses épisodiques ponctuelles, telles que la crainte qu'un tiers se soit introduit chez elle, sans que cela justifie de retenir une psychopathologie du registre psychotique (p. 44). L'expert a exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) en l'absence d'état de détresse (p. 43). Il a également relevé qu'il n'y avait pas de diminution de la capacité à se concentrer chez une assurée qui maintenait un focus d'attention efficace et qui n'était pas confuse. Il n'y avait pas non plus de perturbation du sommeil à type de réveil précoce systématique de la seconde partie de la nuit. La recourante s'adaptait aux règles et aux routines, planifiait et structurait des tâches, détenait flexibilité, capacité d'adaptation, capacité de jugement et de prise de décisions, et capacité de s'affirmer. Le sens du contact envers des tiers était efficient. Elle était capable d'évoluer au sein d'un groupe (p. 45-46). L'expert rhumatologue, quant à lui, a constaté que l'examen était superposable à celui de 2015, avec une importante démonstrativité (p. 71 et 73). Il a néanmoins admis que le rendement de la recourante pouvait être réduit de 10 à 20% en raison de la fatigue et du déconditionnement global (p. 76). S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et ne prenait pas de traitement psychopharmacologique, au jour de l'expertise. L'expert psychiatre a indiqué qu'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique pouvait être instauré (p. 49). L'expert rhumatologue a également préconisé un suivi dans un centre de la douleur (p. 77). Il ne ressort donc pas du dossier que la recourante serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. S'agissant des « comorbidités », les troubles somatiques et psychosomatiques de la recourante n'empêchent pas la pratique d'une activité professionnelle, sous réserve d'une baisse de rendement prise en compte par les experts.

A/3308/2024 - 13/17 - S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert psychiatre n'a pas retenu un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (p. 39). Il ne ressort pas non plus des autres pièces médicales au dossier que la recourante présenterait un tel trouble. Pour ce qui est du « contexte social », la recourante a une vie de famille harmonieuse et entretient de bonnes relations avec trois amies (p. 34, 46, 65-66). Son contexte social et familial lui procure donc des ressources mobilisables. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les symptômes invoqués par la recourante ne se manifestent pas de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne (p. 43, 73). Son hygiène n'est pas altérée (p. 42). Elle effectue les tâches ménagères et les courses de façon conjointe avec son époux, s'occupe de sa fille de 5 ans (prépare son petit-déjeuner, l'habille, l'accompagne à l'école), cuisine, et part en vacances en avion (p. 45, 66-67). 4.3.4 Sur le plan consensuel, les experts ont conclu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 à 90% dans toute activité, avec une baisse de rendement de 10 à 20% en raison de la fatigue et du déconditionnement global (p. 19), depuis toujours (p. 16-17). 4.3.5 La Cour de céans observe que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SEM établi par des spécialistes des disciplines médicales pertinentes

eu égard aux atteintes à la santé alléguées (médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et rhumatologie), comprend les données objectives du dossier, soit les pièces médicales essentielles, y compris les documents d'imagerie (p. 5-11), les données subjectives de la recourante et l'anamnèse (p. 20-23, 29-36, 50-55, 64-67), les observations cliniques (p. 24, 37-40, 56-58, 68-72), l'appréciation et les conclusions par discipline (p. 26-28, 41-49, 59-63, 73-77), ainsi que l'évaluation consensuelle (p. 12-19). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

4.3.6 Reste à examiner si les avis des médecins traitants sont susceptibles de jeter le doute sur les conclusions du rapport d'expertise du 27 juin 2024. Dans un rapport du 22 août 2024, la médecin généraliste traitante a posé les diagnostics suivants : scapuloalgie aiguë gauche sur tendinopathie fissuraire, cervicaux dorsaux lombalgie aiguë sur trouble statique de la colonne lombaire sur discopathie L5-S1, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur probable instabilité cervicale – glissement antérieur de C4 et rétrolisthésis de C5, goitre, tachycardie sinusale, épigastroalgie sur gastrite aiguë, état anxio-dépressif chronique avec crises de panique, fibromyalgie, hypotension orthostatique, lupus cutané, troubles somatoformes dans un contexte de syndrome douloureux chronique, et céphalées chroniques. Il s'agit des mêmes diagnostics que ceux énumérés dans son précédent rapport du 29 janvier 2024, que les experts ont étudié (p. 11). Le médecin traitant ne fait donc état d'aucun élément médical objectif qui aurait été omis par les experts.

A/3308/2024 - 14/17 - Dans son rapport du 8 octobre 2024, la médecin généraliste, se référant à son rapport précité d'août 2024, se borne à évaluer l'invalidité de sa patiente à 100%, sans motiver plus avant sa position. Or, une évaluation médicale complète et approfondie, telle que celle des experts du SEM, ne peut pas être remise en cause au seul motif que le médecin traitant évalue différemment la capacité de travail de son patient. Il ne peut en aller différemment que s'il fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été oubliés dans le cadre de l'expertise médicale. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Les convocations pour des consultations au centre d'antalgie des HUG, agendées entre le 7 avril et le 25 août 2025, les notes de suite établies entre janvier et août 2025 par la Dre L_____, médecin cheffe de clinique au service d'anesthésiologie (consultation d'antalgie) des HUG, ainsi que le rapport du 14 octobre 2024 dudit service, relatif à une consultation du 8 octobre 2024, concernant la période postérieure à la décision litigieuse du 3 septembre 2024 et ne sont donc pas de nature à influencer l'appréciation faite au moment où cette décision a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Au demeurant, dans son rapport du 20 août 2025, la Dre L_____ rappelle que la recourante souffre d'une fibromyalgie – diagnostic déjà connu des experts –, tout en précisant ne pouvoir se prononcer sur la capacité de travail. De même, la lettre de sortie de la clinique N_____ du 3 février 2025 n'est pas pertinente dans le cadre de la présente procédure : elle mentionne le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression moyenne (F33.1). S'il s'agit certes d'un nouveau diagnostic, ce dernier n'a été émis que postérieurement à la décision litigieuse du 3 septembre 2024. Cette pièce médicale n'est donc pas susceptible de modifier l'appréciation du cas à ce stade. Enfin, dans un rapport du 13 août 2025, la psychiatre traitante indique que la recourante a présenté un trouble dépressif moyen avec une capacité de travail de 50% (de janvier à décembre 2023 et depuis octobre 2024) et un trouble dépressif léger avec une capacité de travail de 70% de janvier à septembre 2024. Elle considère que les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 pour les troubles dépressifs récurrents moyens et légers n'ont pas été discutés par l'expert et qu'un trouble dépressif moyen ou léger est suffisamment grave selon la CIM-10 pour retenir une

détresse significative. Elle ajoute que la recourante ne prend aucune décision et que sa famille l'aide pour les tâches administratives. À cet égard, le SMR, dans son avis du 1er septembre 2025, a relevé qu'il ressortait de l'expertise que les limitations invoquées ne se manifestaient pas de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne, que la recourante disposait de ressources, qu'elle n'avait pas de suivi psychiatrique à la date de l'expertise et qu'aucun traitement médicamenteux ou suivi psychothérapeutique intégré n'était en cours. L'expert psychiatre avait livré un status clinique objectif détaillé et ses conclusions étaient motivées et cohérentes, auxquelles il convenait de se rallier, selon le SMR.

A/3308/2024 - 15/17 - La Cour de céans constate que la psychiatre traitante n'a pas mentionné la date de début du suivi psychiatrique. Lors de l'audience de comparution personnelle du 26 juin 2025, la recourante a affirmé qu'elle consultait depuis huit mois à un an, soit, au plus tôt, depuis juin 2024, c'est-à-dire après l'expertise psychiatrique du 22 avril 2024. Ainsi, en tant que la psychiatre traitante considère que la capacité de travail de la recourante est, pour des motifs psychiques, de 50% à partir de janvier 2023 et de 70% à partir de janvier 2024, force est de constater qu'elle se livre à une appréciation reposant essentiellement sur les données subjectives de la recourante, lesquelles sont insuffisantes pour remettre en cause les constatations objectives de l'expert psychiatre. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de nier d'emblée toute valeur probante au rapport d'expertise au motif qu'il ne contiendrait pas une analyse selon les nouveaux indicateurs, mais plutôt d'examiner si ledit rapport permet ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 8). Il revient en outre aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressée (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Or, il a été procédé supra à l'examen complet de la fibromyalgie et des troubles psychiques de la recourante à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 sur la base des informations au dossier, ce qui permet en conséquence de statuer valablement. Partant, en l'absence de rapport médical susceptible de jeter le doute sur les conclusions des experts du SEM, il convient de se rallier à celles-ci. 4.4 Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante. 4.4.1 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 (art. 16 LPGA et 28a al. 1 1re phrase 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). 4.4.2 En l'occurrence, il sera rappelé que la capacité résiduelle de travail de la recourante est exploitable entre 80 et 90% dans toute activité, y compris dans son

A/3308/2024 - 16/17 - activité habituelle, conformément aux conclusions des experts. Même à retenir qu'elle présente, au mieux, une capacité résiduelle de travail de 80% dans

son activité habituelle, c'est-à-dire une incapacité de travail de 20% dans cette activité, l'incapacité de travail correspond à une incapacité de gain de 20%. Or, le degré d'invalidité de 20% étant inférieur au seuil légal de 40%, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité. Dans la mesure où la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 80% au moins, aucune mesure professionnelle ne se justifie en l'occurrence (cf. ATAS/717/2016 précité consid. 11). Compte tenu de ces éléments, la décision litigieuse doit être confirmée. 5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

A/3308/2024 - 17/17 - 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.