

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/363/2024

ATAS/986/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 décembre 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

et

B_____

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame B_____ (ci-après : l'assurée), née en 1976, a travaillé du 12 août 2019 au 31 juillet 2022 pour le C_____ en tant qu'assistante de direction à 80%.
- b.** À ce titre, elle était affiliée, pour la prévoyance professionnelle, auprès de la A_____ (ci-après : la Fondation).
- B.** **a.** Le 16 novembre 2021, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une demande de prestations en invoquant une dépression et des douleurs intenses ayant entraîné une incapacité de travail depuis le 19 avril 2021.
- b.** L'OAI a recueilli plusieurs rapports médicaux, dont il ressort notamment que l'assurée a souffert d'un trouble dépressif récurrent sévère depuis le 20 février 2020 (F33.2), moyen depuis septembre 2021 (F33.1), puis à nouveau sévère depuis octobre 2022 (F33.2), avec des traits de personnalité anxieuse et émotionnellement labile (Z73.1). A compter du 20 septembre 2020, le trouble dépressif a entraîné une incapacité de travail oscillant entre 50% et 100% (cf. rapports du docteur , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, des 4 juin 2021, 13 octobre 2021, 25 novembre 2021 et 21 mars 2022), étant toutefois précisé qu'une reprise, le 1^{er} décembre 2021, à un taux non précisé, a été envisagée (rapport du Dr D_____ du 13 octobre 2021).
- A également été diagnostiquée une polyarthrite rhumatoïde séropositive, érosive, avec anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-PCC) positifs, ayant entraîné une incapacité de travail de 100% jusqu'au début de l'année 2022, puis de 50%, une reprise à plein temps de l'activité exercée à 80% étant attendue pour le printemps 2022 (cf. rapports du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 17 décembre 2021 et de la docteure , spécialiste FMH en rhumatologie, des 18 mars et 24 juin 2022).
- En juillet 2022, le médecin traitant de l'assurée a évoqué une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, n'impliquant ni soulèvement, ni port de charges de plus de 3 kg et permettant de changer de position toutes les 30 minutes (cf. attestation et certificat établis le 22 juillet 2022 par le docteur G_____, généraliste FMH).
- c.** L'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) et a bénéficié, dans le cadre du chômage, d'une mesure de réinsertion professionnelle qui s'est déroulée du 8 août au 2 septembre 2022 et qui a montré que, même dans un contexte bienveillant, sans obligation de rendement, elle ne pouvait pas tenir le rythme d'un travail à 100%. Sa capacité de rendement a été estimée à 70% dans un environnement bienveillant et à 50% sur le marché primaire de l'emploi.

d. Du 9 au 28 novembre 2022, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique de Crans-Montana, en soins de réadaptation psychosomatique, en vue d'un soutien psychologique pour la gestion émotionnelle de la douleur. Le diagnostic principal était celui de polyarthrite rhumatoïde sous anti-TNF alpha, avec comme comorbidités un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et une xérose cutanée.

e. En 2023, tant la Dre F_____ que le Dr D_____ ont conclu à une totale incapacité de travail (cf. rapports de la Dre F_____ des 18 janvier et 27 février 2023 et rapports du Dr D_____ des 16 février et 5 avril 2023).

f. Le 12 mai 2023, après avoir examiné les pièces au dossier, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu une capacité de travail de 0% dès le 19 avril 2021, de 50% dès décembre 2021, puis à nouveau de 0% dès septembre 2022, quelle que soit l'activité.

g. Dès lors que l'assurée travaillait à 80% par choix personnel, au moment de son arrêt, et qu'elle aurait continué à ce taux si sa santé le lui avait permis, l'OAI a retenu un statut mixte (cf. note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 30 mai 2023). Compte tenu de l'incapacité totale à exercer la moindre activité, l'OAI a renoncé à mettre sur pied une enquête sur le ménage, le droit à une rente entière étant ouvert quels que soient les empêchements rencontrés dans la tenue du ménage (cf. note de travail du 22 juin 2023).

h. Le 13 septembre 2023, le SMR a corrigé ses conclusions du 12 mai 2023, en ce sens qu'il a considéré que l'assurée s'était à nouveau retrouvée en incapacité totale de travail à compter d'octobre 2022 et non de septembre 2022.

i. Le 21 septembre 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait la mettre au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2022, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%.

j. Le 14 novembre 2023, la Fondation s'est opposée à ce projet en relevant que les médecins traitants de l'assurée avaient fait état d'une capacité de travail partielle, à tout le moins jusqu'en octobre 2022. Selon elle, une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, voire une observation, s'avérait nécessaire. Pour le surplus, la Fondation contestait la date retenue pour l'ouverture du droit à la rente, l'assurée ayant manifestement été capable de travailler à 100% durant plusieurs mois au printemps et en été 2022.

k. Le 12 décembre 2023, le SMR a persisté dans les conclusions adoptées le 13 septembre 2023.

l. Par décision formelle du 2 janvier 2024, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2022, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%.

C. a. Le 1^{er} février 2024, la Fondation a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et au

renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire. Elle reprend les mêmes arguments que ceux invoqués dans son opposition au projet de décision.

b. Invité à se déterminer, l'office intimé, dans sa réponse du 21 mars 2024, a conclu au rejet du recours.

En substance, il persiste dans son appréciation. Il rappelle qu'une aggravation est survenue en octobre 2022, qui a nécessité une hospitalisation à la Clinique de Cran-Montana.

Selon lui, l'état de santé de l'assurée justifiait l'octroi de prestations, dans la mesure où aucune activité n'était exigible, étant précisé que la situation pourra être réévaluée après une année.

c. Le 24 avril 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions, en relevant des contradictions entre les différents rapports de la Dre F_____.

d. L'assurée ne s'est pour sa part déterminée ni sur le recours, ni sur la réponse de l'intimé, malgré les délais qui lui ont été accordés pour ce faire.

e. Par courrier du 8 mai 2024, la Dre F_____ a pour sa part contesté la nécessité d'une expertise bidisciplinaire, sa patiente ne présentant plus de limitations rhumatologiques dans une activité adaptée et la situation n'étant pas stabilisée sur le plan psychique.

EN DROIT

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.

- 2.

2.1 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.

Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

L'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité est de nature à toucher (directement), au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'obligation de

prester de l'institution de prévoyance fondée sur le droit de la prévoyance professionnelle (obligatoire), sous l'angle de son principe même ou du montant ou de la durée de l'obligation (cf. art. 23 ss LPP). Aussi, les organes de la prévoyance professionnelle ont-ils la qualité pour recourir contre la décision de l'office AI sur le droit à la rente d'invalidité (ATF 132 V 1 consid. 3.3.1).

2.2 Touchée par la décision querellée et ayant par conséquent un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'office intimé du 2 janvier 2024 d'octroyer une rente entière d'invalidité à l'assurée, singulièrement sur la valeur probante des rapports médicaux versés au dossier et la nécessité d'une expertise administrative bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Le statut mixte retenu par l'OAI n'est, quant à lui, pas contesté.

5.

5.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

5.2 En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit serait postérieur au 31 décembre 2021, le délai d'attente d'un an se terminant en avril 2022.

Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce et les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

6.

6.1 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en

compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En vertu de l'art. 28b LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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 (al. 4) :

taux d'invalidité	quotité de la rente
49%	47,5%
48%	45%
47%	42,5%
46%	40%
45%	37,5%
44%	35%
43%	32,5%
42%	30%
41%	27,5%
40%	25%

6.2 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).

Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assureur-accidents, les offices AI n'ont pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

6.3

6.3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant

preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

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

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

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

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

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

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

A. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1).

B. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail.

À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

6.3.2 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution

considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

6.3.3 Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution – passée et future – de la capacité de travail. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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. 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).

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

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

7.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

7.3.2 Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_408/2014 ; 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 53 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).

8.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n° 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 En l'espèce, l'office intimé s'est fondé sur les avis du SMR des 12 mai, 13 septembre et 12 décembre 2023, pour retenir une capacité de travail de 0% à compter à compter du 19 avril 2021, de 50% dès décembre 2021, puis de 0% à nouveau dès octobre 2022.

9.2

9.2.1 Préalablement, il y a lieu de rappeler que les avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI et qu'ils ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux figurant au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Ils ne peuvent comporter des conclusions nouvelles. Par ailleurs, en présence de pièces médicales

contradictaires, il appartient au SMR de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il convient de procéder à une instruction complémentaire.

Dans son avis du 12 mai 2023, le SMR retient une aggravation depuis septembre 2022 sur le plan rhumatologique, l'assurée étant de plus en plus fatiguée (cf. rapport de la Dre F_____ du 27 février 2023). Le SMR retient également une aggravation sur le plan psychiatrique dès octobre 2022, vu l'hospitalisation et le diagnostic d'état dépressif sévère figurant sur la lettre de sortie.

Le SMR considère que l'atteinte rhumatologique a entraîné une totale incapacité de travail jusqu'en décembre 2021. De décembre 2021 à septembre 2022, la capacité de travail a été de 50%, puis à nouveau de 0%, en raison de l'aggravation survenue tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique.

Dans son avis du 13 septembre 2023, le SMR est revenu partiellement sur sa position en considérant que l'aggravation sur le plan psychiatrique n'était survenue qu'en octobre 2022.

Dans son avis du 12 décembre 2023, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle sur le plan rhumatologique, quelle que soit l'activité.

Il convient d'examiner la valeur probante des rapports des médecins traitants, puis la cohérence des conclusions qu'en a tirées le SMR.

9.2.2 S'agissant tout d'abord de la capacité de travail de l'assurée sur le plan rhumatologique, force est de constater, à l'instar de la recourante, que les appréciations de la Dre F_____ sont contradictoires.

En effet, tout en admettant que les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde sont identiques depuis le début de la maladie (raideur identique et douleurs siégeant aux mêmes endroits, à savoir au niveau des mains et des cervicales, cf. courrier du 27 février 2023), la Dre F_____ retient une incapacité de travail, tantôt de 50% (rapports des 18 mars et 24 juin 2022), tantôt de 100% (rapport du 18 janvier 2023), sans que la situation ne semble avoir évolué.

Certes, en 2023, la rhumatologue traitante évoque expressément l'impossibilité, pour l'assurée, d'utiliser ses mains pour taper à la machine ou pour d'autres activités et c'est à cette limitation que le SMR se réfère pour admettre une incapacité totale d'exercer la moindre activité. Toutefois, de l'aveu même de la Dre F_____, les symptômes n'ont pas évolué. Dans ces conditions, on peut légitimement se demander pour quelles raisons les limitations, présentes depuis le début de la maladie et, partant, de l'arrêt de travail, entraînent une incapacité de travail de 50% en 2022 et de 100% en 2023, en l'absence de toute aggravation sur le plan rhumatologique. En effet, dans son rapport du 27 février 2023, la Dre F_____ précise que l'aggravation évoquée depuis septembre 2022 ne concernait en réalité pas l'atteinte rhumatologique, mais était en lien avec la majoration de la fatigue consécutive à la péjoration de la dépression.

Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, en présence d'une maladie évoluant par poussées, on ne peut se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation. Le médecin doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré. Or, de toute évidence, une telle appréciation n'a jamais été effectuée par la rhumatologue traitante.

Eu égard à ce qui précède, les rapports de la Dre F_____ ne suffisent pas pour déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée d'un point de vue rhumatologique.

9.2.3 En ce qui concerne l'atteinte psychique, de nombreuses contradictions entachent également les appréciations du Dr D_____. En effet, ce médecin retient un trouble dépressif récurrent sévère depuis le 20 février 2020, entraînant une incapacité de travail totale depuis cette date (cf. rapports du Dr D_____ des 4 juin 2021 et 25 novembre 2021), alors que, selon la demande de prestations et les attestations de l'assureur perte de gain qui a versé des indemnités journalières, l'assurée a été capable de travailler jusqu'au 18 avril 2021 inclus (cf. courrier de LA VAUDOISE du 17 juin 2022).

Par la suite, dès décembre 2021, le psychiatre évoque un trouble dépressif récurrent, épisode alors qualifié de moyen, entraînant une incapacité de travail de 50% (rapports du Dr D_____ des 13 octobre 2021 et 21 mars 2022).

La capacité de travail est ensuite à nouveau considérée comme nulle par le Dr D_____, ce médecin étant toutefois contradictoire en ce qui concerne la survenance de l'aggravation (dès octobre 2022, selon les rapports des 17 octobre 2022 et 16 février 2023, dès janvier 2023, selon le rapport du 5 avril 2023).

C'est le lieu de relever que le séjour de l'assurée à la Clinique de Crans-Montana, du 9 au 28 novembre 2022, était motivé, non par des troubles psychiques, comme semblent le croire le SMR et l'OAI, mais par l'atteinte rhumatologique. En effet, selon la lettre de sortie du 21 décembre 2022, le motif d'admission dans l'unité était le suivant : « Soutien psychologique. Gestion émotionnelle de la douleur ». Certes, les médecins de la clinique ont retenu, à titre de comorbidité, un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, mais ils l'ont daté d'avril 2021, soit du début de l'incapacité de travail, près d'un an et demi avant l'hospitalisation. Or, selon le psychiatre traitant, l'état psychique de sa patiente s'est amélioré en 2022. D'ailleurs, les médecins ont retranscrit le status psychiatrique de l'assurée comme suit :

« Patiente calme et collaborante lors de l'entretien. Contact visuel présent. Orientée au 4 modes. Pas de trouble de l'attention et de la concentration. Pas de trouble mnésique objectivé lors de l'entretien. Discours d'un flux normal, informatif et cohérent à tonalité correcte. Thymie neutre sur le côté triste. Affects congruents, mobilisables. Elan

vital présent. Pas d'anxiété rapportée. Appétit préservé selon ses dires. Sommeil décrit comme réparateur. Pas d'hallucination rapportée. Pas d'attitude hétéro-agressive. Pas d'idée de mort passive, pas d'idée suicidaire ».

Dans ces conditions, on peut légitimement se poser la question de l'existence d'une atteinte psychique incapacitante en octobre 2022.

9.3 Eu égard à ce qui précède, et sans remettre en question les atteintes dont souffre l'assurée et leurs répercussions sur sa capacité de travail, la Cour de céans ne peut que constater que les avis du SMR sur lesquels s'est fondé l'office intimé pour rendre sa décision ont été émis sur la base de rapports contradictoires et, partant, non probants.

Dès lors, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, ce qui correspond d'ailleurs aux conclusions de la Fondation recourante.

Les experts devront, en particulier, intégrer dans leur réflexion, outre l'évolution passée de la maladie rhumatismale, également la question de son évolution dans le temps. Cela signifie que les experts devront tenir compte de la fréquence et de l'intensité des poussées. S'agissant du trouble psychique, les experts devront examiner l'évolution passée et fournir suffisamment d'éléments pour permettre à l'OAI de se prononcer sur les indicateurs jurisprudentiels à examiner en présence d'une atteinte psychique, cet exercice n'ayant pas été effectué jusqu'à présent.

Cette mesure d'instruction se justifie en dépit du courrier de la Dre F_____ du 8 mai 2024. En effet, l'assurée souffre d'une maladie rhumatologique évoluant par poussées et, comme indiqué précédemment, il y a lieu d'intégrer, dans le cadre de la réflexion médicale, la question de l'évolution de la maladie dans le temps, ce qui n'a pas été fait. Pour le surplus, il convient de rappeler que le droit à une rente de l'assurance-invalidité ne dépend pas de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, mais des conditions énoncées par la loi, au nombre desquelles figure l'exigence d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant un an, sans interruption notable. Le fait que l'état psychique n'est pas stabilisé dans le cas présent n'est donc pas pertinent et il appartiendra à l'expert psychiatre d'examiner l'atteinte psychique et son évolution entre le début de l'incapacité de travail, le 19 avril 2021, et la date d'expertise. En effet, même si la situation n'est pas stabilisée, cette appréciation est nécessaire pour fixer la date de fin du délai d'attente d'un an – litigieuse en l'espèce compte tenu d'une capacité de travail *a priori* retrouvée pendant quelques mois au printemps 2022 – et pour déterminer les éventuelles variations du degré d'invalidité.

- 10.** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 2 janvier 2024 annulée. La cause est renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la Fondation recourante, qui n'est pas représentée (art. 61 let. g LPGA) et qui, en tant que caisse de pension, ne peut en principe pas y prétendre (ATF 126 V 143 consid. 4a).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'office intimé uniquement, dès lors que le recours est dirigé contre la décision rendu par celui-ci.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 2 janvier 2024.
3. Renvoie la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office intimé.
5. 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