

# **GE\_GERICHTE ATAS/1042/2024 vom 19. Dezember 2024**

GE Cour de justice, 2024-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1042\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1042_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1042/2024 du 19 décembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1042/2024 del 19 dicembre 2024

## **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 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

A/3751/2023 - 12/28 - 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**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 2**

Au vu des conclusions des parties, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2022, selon le courrier de l'intimé du 15 janvier 2024, dans la mesure où il n'est plus contesté qu'une rente entière doit être versée jusqu'au 31 octobre 2022, et non jusqu'au 30 avril 2022, comme retenu dans la décision querellée.

### **E. 3**

Par renvoi 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.

#### **E. 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 (cf. 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

#### **E. 3.2**

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, les mêmes principes généraux du droit intertemporel conduisent à évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Il sied par ailleurs de rappeler qu'une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision

A/3751/2023 - 13/28 - au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références). En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, dans la mesure où une modification de la situation de fait limitant le droit à la rente est intervenue, selon l'intimé, après cette date, et que les conclusions de la recourante portent sur la poursuite de la rente à partir du 1er novembre 2022, les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

#### **E. 4**

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). 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). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

#### **E. 5.1**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

#### **E. 5.2**

En vertu de l'art. 28b LAI, dans sa teneur en vigueur depuis 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 (al. 4) :

taux d'invalidité quotité de la rente 49% 47,5% 48% 45%

A/3751/2023 - 14/28 - 47% 42,5% 46% 40% 45% 37,5% 44% 35% 43% 32,5% 42% 30%  
41% 27,5% 40% 25%

## **E. 6**

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 let. b LAI). Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 bis et 1 ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1 bis LAI). Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance- invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

## **E. 7**

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).

A/3751/2023 - 15/28 -

## **E. 8**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA), 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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

A/3751/2023 - 16/28 - 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 ; 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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).

## **E. 9.1**

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). 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 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

A/3751/2023 - 17/28 - 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

### **E. 9.2**

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 134 V 322 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou lorsque celui-ci a cessé son activité depuis plusieurs années (ATF 129 V 222 ; arrêt du Tribunal fédéral I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1) ou lorsque l'absence d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_525/2021 du 31 mai 2022 consid. 6.2.1).

### **E. 9.3**

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu

d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C\_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant

A/3751/2023 - 18/28 - qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_625/2008 du 26 février 2009 consid. 3.2.1 ; 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545, et les références ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1\_skill\_level, T1\_tirage\_skill\_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2020 du

#### **E. 9.4**

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas utilisé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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

A/3751/2023 - 19/28 - 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 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). 11. En l'espèce, l'intimé réfute les conclusions des experts judiciaires et considère que l'expertise bi disciplinaire du 15 octobre 2024 n'a pas de valeur probante. La recourante, au contraire, considère que le rapport d'expertise bi disciplinaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et que ses conclusions doivent être suivies. Il sied de rappeler que la chambre de céans avait considéré que, d'une part, en raison de certaines contradictions dans les rapports d'expertise administrative, et d'autre part, en raison des appréciations très différentes des experts mandatés par l'OAI et des médecins traitants de l'assurée, il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire bi disciplinaire. Il convient d'examiner la valeur probante des rapports d'expertise du 15 octobre 2024. 11.1 S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique rédigé par l'experte M\_\_\_\_\_, il correspond aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un échange d'emails avec la psychiatre traitante de la recourante. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle et professionnelle et l'experte a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite de deux entretiens avec l'assurée. La description de la journée-type ne permet pas de retenir de problématiques de nature psychiatrique, l'assurée se référant à ses douleurs somatiques. Au niveau de ses plaintes, elle se plaint du manque de compréhension de l'OAI et du manque de reconnaissance alors qu'elle se maintient en emploi malgré ses douleurs tout en ajoutant qu'elle souhaite travailler à 50% dans son activité actuelle. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail est le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, avec un premier épisode dépressif datant de 2013 lors de son licenciement de Planet Caviar. L'experte mentionne une santé psychologique évoluant par phases, en lien avec les atteintes et douleurs somatiques, tout en précisant que le traitement psychotrope mise également à

A/3751/2023 - 20/28 - soigner, à la fois les troubles psychiques et les douleurs, ce qui est le cas de la duloxétine. Les limitations fonctionnelles mentionnées par l'experte ne se manifestent que lors de ces épisodes de rechute dépressive et consistent en une baisse de la thymie, une fatigabilité, une perte d'intérêt pour les activités et les personnes autour d'elle, des ruminations anxiodépressives, des crises d'angoisse, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, une perte d'espoir, une anhédonie, une aboulie et des troubles de la concentration et de l'attention. Ces symptômes peuvent générer une impossibilité de se rendre à un travail et d'exécuter les tâches demandées en tant que serveuse et limitent fortement les possibilités de gestion au quotidien. L'experte considère qu'il n'y a pas de discordance entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, ni entre les limitations alléguées des activités de la vie quotidienne. Les limitations du niveau d'activité sont uniformes dans tous les domaines. S'agissant de l'activité sociale et des activités de la vie quotidienne, l'experte considère que le niveau d'activité sociale est dans la norme, l'assurée voyant régulièrement ses amis au yoga, ainsi que des couples d'amis, avec son

mari. Elle maintient des contacts rapprochés avec ses deux filles, par messages et par téléphone. En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, les tâches ménagères sont faites petit à petit et au rythme de l'assurée, qui fait les courses en petites quantités, régulièrement. Son mari s'occupe des tâches administratives. L'assurée décrit un même rythme de fonctionnement quotidien sur le plan social, depuis 2019, faisant face à plus de difficultés à tenir ce rythme lorsque les crises douloureuses apparaissent lors des rechutes dépressives. L'experte mentionne les ressources résiduelles de la personne expertisée en indiquant qu'elle est capable de reprendre son activité professionnelle à 50% lors des rémissions de ces épisodes dépressifs. Sur le plan psychique, elle indique que l'assurée a investi son suivi psychiatrique de façon diligente jusqu'en mars 2024 et se dit capable de demander de l'aide et de reprendre un suivi si son état psychique devait se péjorer ; elle continue à prendre son traitement antidépresseur pour tenter de diminuer le risque de rechute et présente un certain nombre de ressources résiduelles sur le plan mental, car elle se connaît bien physiquement et psychiquement, prend soin d'elle en faisant du yoga trois fois par semaine et de la méditation. L'experte indique que les ressources sur le plan social sont bien présentes, avec de bons liens avec son mari et ses enfants et un réseau social développé. Il faut néanmoins relever que, dans le questionnaire de l'échelle de dépression de Hamilton du 18 septembre 2024, joint au rapport d'expertise et complété par l'assurée, cette dernière indique qu'elle ne ressent pas un état de tristesse, d'impuissance ou d'auto-dépréciation, elle se réveille parfois pendant la nuit, n'a pas de difficultés le matin et au travail n'a aucune agitation ; au niveau de l'anxiété, elle ressent des symptômes légers, soit une tension subjective et une

A/3751/2023 - 21/28 - irritabilité et se sent fatiguée. Sur le plan de la perception subjective, ce test montre une personne qui n'a pas de symptômes dépressifs, ou uniquement des symptômes dépressifs légers. Partant, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles sa capacité de travail serait réduite à 50%. L'experte explique cela par un état dépressif récurrent, qui est confirmé par l'avis médical de la Dre E\_\_\_\_\_ du 23 mars 2023, étant précisé que l'experte s'écarte, toutefois, de l'estimation de la capacité de travail retenue par la psychiatre traitante qui l'estime entre 0 et 20%, alors que l'experte retient une capacité de travail de 50%. S'agissant des conclusions de l'expert mandaté par l'OAI, le Dr N\_\_\_\_\_, l'experte s'en écarte en insistant sur son propre diagnostic de trouble dépressif récurrent, qui serait réalisé lorsque la personne présente « deux épisodes dépressifs dans le passé pendant au moins deux semaines, séparés par un intervalle de plusieurs mois sans perturbation significative de l'humeur » ce qui correspond à la définition donnée dans la CIM 10. En dehors de ce renvoi à cette définition, l'experte ne justifie pas davantage la pertinence de son diagnostic et déclare que, dès lors que le trouble dépressif récurrent est une maladie chronique faite de rechutes et de rémissions, l'incapacité de travail ne peut pas être de 100%, sans toutefois expliquer les raisons pour lesquelles elle retient une capacité de travail de 50% plutôt que de 70 ou 80%. Ces conclusions sont peu convaincantes ; d'une part, le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'est pas suffisamment explicité par rapport à un trouble dépressif qui se manifesterait de temps à autre. D'autre part, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles, entre deux épisodes dépressifs, dont la sévérité n'est pas mentionnée, l'assurée ne disposerait pas d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. La chambre de céans considère donc qu'il existe une contradiction entre les éléments objectifs mentionnés dans le rapport d'expertise psychiatrique et les conclusions de l'experte en ce qui concerne la capacité de travail. Partant, le volet psychiatrique de l'expertise du 15 octobre 2024 ne peut pas se voir reconnaître de valeur probante. Dans son

rapport du 23 mars 2023, la Dre E\_\_\_\_\_ mentionne une péjoration de l'état psychique de l'assurée depuis le mois de septembre 2022, mentionnant notamment des idées de mort et une relation compliquée avec son mari, faite de culpabilisations et de reproches. L'expertise qui s'est déroulée chez la Dre J\_\_\_\_\_ est également décrite comme traumatisante, en raison de l'attitude apparemment soupçonneuse de cette dernière. En conclusion, la Dre E\_\_\_\_\_ mentionne que depuis novembre 2021, l'état psychique de sa patiente s'est péjoré au point qu'il « participe désormais à la limitation de la capacité de travail. Jusque-là un trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive était retenu, mais désormais les critères pour un épisode dépressif sont réunis ».

A/3751/2023 - 22/28 - Cette conclusion ne correspond pas à celle retenue par l'experte, soit un trouble dépressif récurrent. On peut y voir un épisode dépressif de sévérité peut être moyenne par rapport à la description qui en est faite par la Dre E\_\_\_\_\_ mais certainement pas un trouble dépressif récurrent dès lors que la psychiatre reconnaît elle-même qu'il s'agit de la première fois que les critères pour un épisode dépressif sont réunis, alors qu'auparavant, il s'agissait d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive. Le SMR fait les mêmes observations dans son avis médical du 19 novembre 2024, p. 3, et la chambre de céans partage son avis lorsqu'il estime qu'en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques actuelles, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail « préventive d'une rechute », ce d'autant moins que l'assurée dispose de ressources personnelles, familiales et professionnelles dans la mesure où elle est parfaitement capable d'exercer son activité habituelle à 50%. La description d'une journée-type faite par l'experte ne permet pas non plus de considérer qu'il existerait des limitations fonctionnelles homogènes chez l'assurée. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail de l'assurée, sur le plan psychiatrique, dans son activité habituelle qui est une activité adaptée, est complète. 11.2 En ce qui concerne le volet rhumatologique, le rapport de l'expert L\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée. À la consultation, l'expert mentionne que la recherche de points douloureux pour une fibromyalgie est positive avec 18 points sur 18 et qu'il n'y a pas de signe de non organicité. Il retient comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail la fibromyalgie (M 79.7), une spondylarthrite ankylosante (M 45.09), ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil. S'agissant des restrictions fonctionnelles, au regard de la fibromyalgie, l'expert mentionne qu'il faut prévoir des plages de repos quotidiennes, ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin et éviter les situations stressantes et privilégier une routine quotidienne. En ce qui concerne la spondylarthrite ankylosante, il retient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, ne pas devoir monter ou descendre d'une échelle ou d'un échafaudage, ne pas devoir marcher sur un terrain irrégulier, ne pas devoir faire des mouvements répétés du rachis, ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin et prévoir des plages d'exercices quotidiens. En ce qui concerne le syndrome d'apnée du sommeil, la seule

A/3751/2023 - 23/28 - limitation fonctionnelle retenue est de ne pas devoir travailler avant 10 heures du matin. L'expert explique que les trois problèmes de santé sont intrinsèquement liés et que la spondylarthrite et la fibromyalgie sont responsables de douleurs chroniques, obligeant à une activité physique régulière, ce qui le conduit à reconnaître une capacité de

travail dans son activité actuelle, qui est adaptée, de 50% dès le 11 février 2020. Ces deux maladies obligent à alterner des périodes de repos et des périodes d'activité physique. L'assurée est décrite comme suivant son traitement scrupuleusement, y compris en ce qui concerne la nécessité d'une activité physique régulière. L'expert exprime son désaccord avec les conclusions de la Dre J\_\_\_\_\_, qui ne tient pas compte de la chronicité de la fibromyalgie et de la spondylarthrite, bien qu'il partage son avis sur les limitations fonctionnelles. Il rejoint, en revanche entièrement les appréciations du médecin traitant de l'assurée, la Dre H\_\_\_\_\_. S'agissant de l'avis médical du SMR du 12 janvier 2024, l'expert s'étonne que le SMR maintienne une capacité de 100% dans la profession habituelle, alors que l'assurée travaille à satisfaction, à 50%, dans cette activité de serveuse depuis 2021 et qu'elle désire continuer à travailler à ce taux. De plus, les conclusions du SMR liées à l'IRM du 2 août 2023 sont contestées, car même s'il existe une stabilité des lésions inflammatoires au niveau des sacro-iliaques, cela ne préjuge pas de la répercussion clinique de la maladie. La chambre de céans observe que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels et que ce dernier a bien motivé ses appréciations. S'agissant de ses conclusions, elles sont contestées par le SMR qui, dans son rapport du 19 novembre 2024, constate que sur le plan rhumatologique, l'assurée a décrit à l'expert aller mieux, même s'il persiste des douleurs, une raideur matinale et une fatigue. Elle a pu augmenter ses capacités de travail de 20 à 50%. Le SMR considère que l'état de santé de l'assurée est inchangé, voire un peu amélioré sur le plan rhumatismal tout en estimant que le traitement est identique, les examens radiologiques ne relevant pas d'aggravation. L'examen clinique est superposable en ce qui concerne la spondylarthrite. En ce qui concerne la fibromyalgie, tous les points sont positifs actuellement alors qu'en 2022, seuls 2 points sur 18 étaient présents. En d'autres termes, le SMR semble considérer que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ ne présente pas de valeur probante en raison du fait que les examens radiologiques ne relèvent pas d'aggravation et que l'examen clinique est identique. Seule la fibromyalgie aurait progressé en raison du fait que 18 points sur 18 sont désormais positifs. Néanmoins, ces éléments ne permettent pas d'écarter les conclusions de l'expert L\_\_\_\_\_, uniquement du fait que les examens radiologiques n'ont pas relevé d'aggravation et que l'examen clinique est identique. Ce faisant, le SMR considère que les appréciations de la Dre

A/3751/2023 - 24/28 - J\_\_\_\_\_ étaient probantes et que seule une aggravation démontrée objectivement par rapport aux appréciations de la Dre J\_\_\_\_\_ pourrait justifier de ne reconnaître qu'une capacité de travail de 50%. En reprenant le rapport d'expertise de la Dre J\_\_\_\_\_, on constate que cette dernière a estimé que la capacité de travail était de 80% dans l'activité habituelle, du 21 janvier 2022 jusqu'à présent (rapport d'expertise du 19 octobre 2022, p. 68) et ce, malgré le fait que l'experte mandatée par l'OAI mentionne que les plaintes de l'assurée ne sont actuellement pas vraisemblables, sans corrélation avec le dossier, la consultation clinique et les examens complémentaires (rapport d'expertise du 19 octobre 2022, p. 64). Il y a toutefois une contradiction avec ce qu'elle écrit en p. 67, sous ch. 8.1 où la capacité de travail est évaluée par elle à 32 heures par semaine depuis début juillet 2022, puis, elle distingue la capacité de travail dans l'activité habituelle (80%) de celle dans une activité adaptée (100%) alors même que de l'avis de l'assurée, de son médecin traitant et de l'expert L\_\_\_\_\_, l'activité habituelle est une activité adaptée. Cette distinction que fait la Dre J\_\_\_\_\_ entre l'activité de serveuse et une activité adaptée n'a donc pas lieu d'être. En conclusion, pour les raisons déjà expliquées dans l'ordonnance d'expertise du 1er juillet 2024, les conclusions de la Dre J\_\_\_\_\_ ne peuvent pas être

suivies. Rien ne justifie qu'en présence d'appréciations différentes du même état de fait, la chambre de céans retienne, comme le soutient le SMR, les conclusions de la Dre J \_\_\_\_\_ au détriment de celles du Dr L \_\_\_\_\_. En effet, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ce qui n'est pas le cas, en l'espèce, et ce qui n'est pas allégué par le SMR dans son avis médical du 19 novembre 2024, qui considère que l'appréciation de l'expert L \_\_\_\_\_ est une appréciation différente (de celle de la Dre J \_\_\_\_\_) d'un même état de fait, mais ne relève ni de contradictions, ni d'éléments qui mettraient en doute la valeur probante de ladite expertise judiciaire. Étant précisé que l'estimation, par l'expert, de la capacité de travail de l'assurée de 50%, dans toute activité, concorde avec celle du médecin traitant de l'assurée, la rhumatologue H \_\_\_\_\_, comme cela ressort de son rapport médical du 9 juin 2023. Partant, la chambre de céans considère que l'expertise du Dr L \_\_\_\_\_ réunit les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et fait siennes les conclusions de l'expert selon lesquelles la capacité de travail dans l'activité

A/3751/2023 - 25/28 - actuelle de la recourante dans la restauration et dans toute autre activité professionnelle adaptée est de 50%. 11.3 Il sied à présent d'établir le taux d'invalidité de la recourante, au regard de la capacité de travail de 50% dans toute activité, retenue par l'expert L \_\_\_\_\_. Après réception du projet de décision de l'OAI du 6 juin 2023 qui fixait le revenu sans invalidité à CHF 55'758.- et le revenu avec invalidité à CHF 53'840.- (en distinguant l'activité habituelle d'une activité adaptée), le mandataire de l'assurée a réagi dans un courrier du 5 juillet 2023, en faisant remarquer qu'un abattement de 10% devait être appliqué, en raison des limitations fonctionnelles de sa mandante. Il relevait, en outre, que si la capacité résiduelle de travail n'excédait pas 50%, un abattement de 10% devait de toute manière être appliqué, en application des nouvelles dispositions de la LAI. Cela étant, il ne critiquait pas le montant annuel retenu avec et sans invalidité par l'OAI, mais uniquement l'absence d'abattement. Le revenu sans invalidité de l'assurée a été calculé, selon la note de travail du 16 mai 2023, en se fondant sur les tables de l'ESS dans le domaine de la restauration dans lequel l'assurée exerçait depuis 2001, en raison du fait que les gains de l'assurée avaient été fluctuants, dans son activité professionnelle d'employée de restauration, selon les données figurant dans son compte individuel AVS, pour les années 2015 à 2022. Le revenu sans invalidité retenu de CHF 55'758.- (au 21 janvier 2022) ne prête pas le flanc à la critique et correspond à une activité à la fois habituelle et adaptée. Ainsi, le taux correspondant à la capacité de travail de 50% se confond avec le taux d'invalidité. Néanmoins, comme le relève le mandataire de la recourante, il y a lieu d'appliquer un abattement de 10%. En effet, à partir du 1er janvier 2022, suite à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est automatiquement opérée sur la valeur statistique, ce qui correspond, dès le 1er janvier 2022, à un taux d'invalidité de 55%. Partant, dès le 1er novembre 2022 et en application du nouveau droit, la recourante a droit à une rente correspondant au taux d'invalidité de 55%, soit 55% d'une rente entière (art. 28b al. 1 et 2 LAI). Le 1er janvier 2024, la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur. Selon sa

nouvelle teneur, l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler

A/3751/2023 - 26/28 - qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. Compte tenu de cette modification, dès le 1er janvier 2024, le taux d'abattement est porté de 10% à 20% ; le nouveau taux d'invalidité de la recourante s'établit à 60% (50% +  $[20 \times 50 / 100 = 10]$ ), donnant droit à une rente équivalente à 60% d'une rente entière. En conclusion, au vu des nouvelles déterminations de l'OAI, résultant de sa réponse du 15 janvier 2024, valant reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), une rente d'invalidité entière est octroyée à la recourante, du 1er novembre 2020 au 31 octobre 2022. Dès le 1er novembre 2022, la recourante a droit à une rente d'invalidité correspondant à 55 % d'une rente entière. Dès le 1er janvier 2024, la recourante a droit à une rente d'invalidité correspondant à 60% d'une rente entière. Étant rappelé que la recourante a droit au paiement d'intérêts moratoires de 5%, sur les arriérés de rente, dès le 24e mois suivant l'exigibilité, selon l'art. 26 al. 2 LPGA. 11.4 La recourante demande une comparution personnelle et l'audition de ses médecins traitants. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans rejette cette demande d'instruction, qu'elle juge inutile dans la mesure où la recourante et ses médecins traitants ont eu largement l'occasion de s'exprimer par écrit, ce qui rend leur audition superflue. 11.5 En ce qui concerne les frais de l'expertise judiciaire, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme

A/3751/2023 - 27/28 - indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, l'OAI ayant mandaté deux experts en matière psychiatrique, quand bien même leurs appréciations divergent de celles des experts judiciaires désignés par la chambre de céans. 12. 12.1 Les frais d'expertise sont laissés à la charge de l'État. 12.2 La recourante,

assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]). 12.3 Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3751/2023 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

**E. 14**

avril 2020 consid. 4.2.2 et les références).

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