

GE_GERICHTE ATAS/42/2026 vom 22. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_42_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/42/2026 du 22 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/42/2026 del 22 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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.

E. 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). Interjetés dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, les recours sont recevables.

E. 2

Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er février 2020 au 30 juin 2022, puis dès le 1er août 2023, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, d'autre part, sur le bien-fondé de la compensation opérée par l'intimé en faveur de l'Hospice général.

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, la révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) de même que celle de la LPGA, ainsi que les ordonnances d'application sont entrées en vigueur (Développement continu de l'AI ; modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, les règles de droit déterminantes en cas de modification du droit sont celles qui étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_505/2023 du 26 juin 2024 consid. 2.2 et la référence).

E. 3.2.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une

A/1107/2025 - 12/23 - 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). A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

E. 3.2.2

L'obésité peut entraîner une invalidité donnant droit à des prestations de rente, même si elle peut en principe être traitée et qu'elle ne cause pas de dommages physiques ou mentaux et n'est pas non plus la conséquence de tels dommages (ATF 151 V 66 consid. 5.9 et 5.11).

E. 3.2.3

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).

A/1107/2025 - 13/23 - Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en

fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références). Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

E. 3.3

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

A/1107/2025 - 14/23 - 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 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

A/1107/2025 - 15/23 - 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 contradictoire. 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_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 3.4

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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). 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 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

A/1107/2025 - 16/23 - 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). 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. 4.1

En l'espèce, l'intimé, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 6 juin 2023, lui-même basé sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 26 avril 2022, ainsi que sur le rapport de la clinique la Colline du 12 avril 2022 et sur celui du 29 avril 2023 du Dr E_____, orthopédiste, retient les atteintes à la santé incapacitantes suivantes : un syndrome lombaire non déficitaire sur discopathie L5-S1, un status post stabilisation de l'épaule droite, un status post résection de kyste du genou gauche, des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive. L'intimé conclut que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle de femme de ménage depuis le 10 octobre 2016, mais qu'elle est restée totale dans une activité adaptée, avant d'être réduite à 0% à partir du 1er décembre 2017, de remonter à 100% à compter du 1er novembre 2019, de rediminuer à 0% le 11 avril 2022 et de revenir à 100% le 25 avril 2023. Les limitations fonctionnelles retenues consistent à : éviter le port fréquent de charges supérieures à 10 kg, la station debout et assise prolongée, l'élévation fréquente au-dessus de 90°, tout mouvement pouvant

provoquer des entorses en rotation externe avec une abduction (mouvement de lancée), le travail en position agenouillée ou accroupie, les déplacements en terrain instable ou accidenté ; sont également mentionnées les difficultés à gérer stress et émotions et la nécessité d'éviter toute prise de décision immédiate et le traitement d'informations simultanées. Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise.

A/1107/2025 - 17/23 - Sur le plan formel, ce rapport se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales, y compris des rapports d'imagerie, sur les indications subjectives de la recourante, sur des observations cliniques, ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée. Sur le fond, sur le plan somatique, l'expert a constaté une mobilité cervicale normale et indolore, une limitation douloureuse de la flexion lombaire sans signes de compression radiculaire des membres supérieurs ou inférieurs, des douleurs à la mobilisation coxo-fémorale gauche sans limitation de la mobilité, des légers signes méniscaux à gauche sans limitation de la mobilité ni d'épanchement. Il a posé le diagnostic incapacitant de syndrome lombaire non déficitaire sur discopathie L5-S1. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient : un status après contusion lombaire selon la déclaration de sinistre du

E. 4.2

Vu le renvoi du dossier à l'intimé, il lui appartiendra d'examiner si le courrier de l'Hospice général du 13 novembre 2024, produit par la recourante le 31 juillet 2025, par lequel cet organisme l'a informée de la clôture de son dossier à la suite du paiement de sa dette, a une incidence sur la demande de compensation du

E. 7

novembre 2016, un discret syndrome méniscal sur déchirure du ménisque interne avec probable kyste méniscal et chondropathie rotulienne à gauche, une suspicion de conflit fémoro-acétabulaire gauche, une discopathie C4-C5 à C6-C7 et une surcharge pondérale (IMC 27.9 kg /m²). En se référant au rapport du 6 septembre 2017 du médecin généraliste traitant, le Dr F_____, l'expert est d'avis, à l'instar de son confrère, que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle de femme de ménage est nulle depuis le 10 octobre 2016. Cependant, l'expert estime que la recourante est pleinement apte à exercer une activité adaptée sans port fréquent de charges supérieures à 10 kg, sans station debout et assise prolongée, depuis toujours. Sur le plan psychique, l'expert a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et de troubles mentaux et du comportement liés à des consommations d'alcool, utilisation nocive pour la santé, secondaire (F10.1). Compte tenu des troubles psychiques invoqués, il convient de déterminer leur éventuel caractère incapacitant à la lumière des indicateurs jurisprudentiels. S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert a constaté un léger trouble de l'attention, sans trouble de vigilance, sans désorientation temporo-spatiale, sans trouble de mémorisation des faits anciens ou récents, sans bradypsychie. La recourante présentait une fatigue et une fatigabilité légères, une humeur triste, avec larmoiements, sans euphorie, sans ralentissement psychomoteur. Son faciès n'était pas figé et sa voix n'était pas monocorde. Il y avait une tension anxieuse en début d'entretien, sans manifestations neurovégétatives (sueurs ou pâleur de visage), sans modification de tonalité de voix ou de couleur de peau, sans agressivité ou irritabilité. Elle ne présentait pas de signe d'intoxication éthylique aiguë, notamment pas de désinhibition, de troubles de vigilance, d'ataxie ou de dysarthrie, ni de signe d'intoxication éthylique chronique, notamment pas

d'ictère ou d'élargissement du polygone de

A/1107/2025 - 18/23 - sustentation. Le bilan du 29 mars 2022 mettait en évidence un taux de CDT à 1.66% et l'absence de toxiques dans les urines. L'expert expliquait que le trouble de l'adaptation remontait à juillet 2015, date d'une infiltration qui avait été mal vécue, et faisait suite aux difficultés que la recourante rencontrait à ne pas pouvoir poursuivre son activité professionnelle. Ce trouble était favorisé par le décès de son père, et s'était traduit par une humeur triste, une perte d'élan vital, un pessimisme, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La recourante avait présenté en décembre 2017 un épisode qui avait été qualifié par ses psychiatres d'épisode dépressif sévère. Néanmoins, il n'y avait pas d'idées suicidaires ni d'éléments psychotiques associés, raison pour laquelle selon l'expert cet épisode dépressif pouvait être caractérisé de moyen plutôt. En l'absence d'antécédents de dépression, l'expert écartait un trouble dépressif récurrent. Il écartait également une anxiété généralisée, car il n'y avait pas d'anxiété constante, flottante. Il retenait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec une utilisation nocive pour la santé. Les consommations parfois chroniques d'alcool, pendant quelques mois, avec des arrêts, étaient secondaires aux traits de personnalité. Il n'y avait pas de signe physique de manque, ni de dépendance, puisque les consommations n'étaient pas constantes. L'addiction était classée comme légère selon le DSM 5. Au jour de l'expertise, la recourante ne présentait pas de troubles cognitifs véritables, malgré un très léger trouble de l'attention. Il n'y avait pas non plus de fatigue ou de fatigabilité importantes. S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante a été suivie par plusieurs psychiatres et a bénéficié de différents traitements médicamenteux (Fluoxétine, Sertraline, Venlafaxine, Trittico) ayant entraîné des effets secondaires. Elle a également été hospitalisée à l'unité de réadaptation psychosomatique de Montana du 20 novembre au 13 décembre 2018. Elle n'est plus suivie par un psychiatre depuis février 2022. L'expert recommandait la cessation de toute consommation en alcool au moyen d'un traitement limitant l'appétence à l'alcool et la reprise d'un suivi psychiatrique, car la recourante avait besoin de réassurance, et éventuellement d'un traitement antidépresseur (Duloxétine) ou d'un traitement régulateur d'humeur en cas d'échec. Ainsi, il ne ressort pas du dossier que la recourante serait à ce stade confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. S'agissant des « comorbidités », ni les troubles psychiques, ni les troubles somatiques ne privent la recourante de certaines ressources (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Il ressort de l'expertise que la recourante pouvait planifier et structurer les tâches et essayait de se projeter dans l'avenir. Elle s'adaptait facilement aux règles et aux routines. Elle avait témoigné de capacités d'adaptation dans différents pays (République dominicaine, Espagne, Suisse) et était capable de s'adapter au travail. Elle n'avait pas de diplôme, mais avait pu mettre en application ses compétences et travailler dans

A/1107/2025 - 19/23 - différents domaines (hôtellerie, restauration). Elle avait une capacité à porter des jugements. L'activité spontanée était faible, mais présente. Elle avait une capacité d'affirmation de soi. Son contact avec les autres était moyen car elle était un peu méfiante mais elle pouvait travailler avec eux, sans problème de hiérarchie. Elle avait une capacité à prendre soin d'elle et à se mouvoir. Par ailleurs, comme relevé précédemment, les troubles somatiques de la recourante ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée à plein temps, en tout cas depuis le 10 octobre 2017, à l'échéance du délai d'attente d'un an (art. 28 LAI). S'agissant du complexe de « la personnalité », la recourante présentait des

variations émotionnelles, liées aux traits de personnalité émotionnellement labile, ainsi que quelques traits de dépendance vis-à-vis de ses enfants, qui n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et

E. 8

LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références). Du reste, dans un rapport du 14 mai 2018, le psychiatre traitant mentionnait que les traits de personnalité émotionnellement labile n'étaient pas incapacitants (dossier intimé p. 273). L'expert écartait tout trouble de personnalité de la recourante, en relevant que sa personnalité lui avait permis de fonctionner dans son existence. Elle ne présentait pas d'hypertrophie du moi, de tendance procédurière, de méfiance excessive, ni de perfectionnisme qui entravait l'achèvement des tâches, ni de tendance à la planification à l'excès. Les critiques n'étaient pas au centre de ses préoccupations. S'agissant du « contexte social », quand bien même la recourante entretenait des rapports complexes avec sa fratrie et de mauvais rapports avec sa mère, qui vit en Espagne, elle avait d'excellents rapports avec ses deux enfants. La recourante ne présentait donc pas un isolement social total. Quant à la catégorie « cohérence », l'expert n'a mis en évidence aucune incohérence clinique. Il n'existait pas de recherche de bénéfices secondaires ni d'exagération volontaire des plaintes. La recourante était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Elle effectuait certaines tâches ménagères à son rythme, s'occupait des affaires administratives, et son hygiène était bonne. En conclusion, l'expert a admis des périodes d'incapacité de travail totale de décembre 2017 à avril 2018 puis de juin 2018 à octobre 2019, en raison des troubles cognitifs de la recourante. En dehors de ces périodes, l'assurée pouvait travailler à plein temps d'un point de vue psychique dans toute activité répétitive, sans prise de décision immédiate pour limiter la gestion du stress et des émotions ; l'expert précisait que l'activité habituelle respectait ces limitations fonctionnelles. Sur le plan consensuel, les experts s'accordaient à dire que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 octobre 2016 sur le plan somatique, mais entière, sur les plans somatique et psychique, dans toute

A/1107/2025 - 20/23 - activité adaptée depuis toujours, en dehors des périodes d'incapacité totale de travail de décembre 2017 à avril 2018 et de juin 2018 à octobre 2019. Cette appréciation est compatible avec celle des médecins traitants, pour la période dès le 10 octobre 2017, à l'échéance du délai d'attente d'un an, au regard des informations médicales dont disposaient les experts. Les critiques de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise sont infondées. En effet, les experts ont, en plus du dossier qui leur a été remis par l'intimé, examiné toutes les pièces produites par la recourante en cours d'expertise (dossier intimé p. 573-576, 586-588). Les experts se sont donc déterminés sur le cas de la recourante en toute connaissance de cause, jusqu'à la date de leur expertise. Le fait que l'expert somatique a mentionné que le pronostic était favorable selon lui ne contredit pas les pièces qu'il avait à disposition, d'autant qu'il a souligné que son appréciation était valable en l'absence de signes de gravité (dossier intimé p. 592). Le fait que les experts n'ont pas indiqué les activités compatibles avec les limitations de la recourante ne discrédite pas leurs conclusions. En effet, la tâche d'un médecin consiste avant tout à indiquer dans quelle mesure l'assuré est limité dans ses fonctions physiques ou psychiques et à déterminer sa capacité de travail raisonnablement exigible. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, et non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles

concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b). De toute manière, selon la jurisprudence, même s'il eût été certainement judicieux que l'office AI donne à la recourante, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'elle peut encore exercer, il y a lieu néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, variées et non qualifiées, 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 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3 ; 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). En tant que la recourante conteste disposer d'un plein rendement (en dehors des périodes d'incapacité de travail totale admises par les experts), elle émet sa propre appréciation subjective, laquelle ne suffit pas pour s'écarter des conclusions de l'expertise. Le fait que sa fille l'aide pour certaines tâches ménagères et que son périmètre de marche est limité à une-deux heures ne sont pas de nature à infirmer le rapport d'expertise, dès lors que les experts ont tenu compte des données subjectives de la recourante, et que leurs conclusions reposent sur leurs constatations objectives. En outre, ses lacunes en français, son absence de diplôme reconnu en Suisse, sa présence en Suisse peu de temps avant son incapacité de travail, et son éloignement du marché du travail ne sont pas des critères pertinents pour déterminer si elle est apte à fournir une prestation de travail adaptée à son

A/1107/2025 - 21/23 - état de santé. Le fait que le rapport final du 20 mars 2018 établi par la fondation IPT mentionne qu'après la stabilisation de son état de santé, un coaching individuel avec des objectifs précis lui permettrait de se mobiliser pour activer un nouveau réseau autour du métier d'ouvrière ne permet pas non plus d'infirmer les conclusions de l'expertise pour un double motif. D'une part, pour la période du 1er décembre 2017 au 23 février 2018, durant laquelle l'intimé prenait en charge l'aide au placement par l'intermédiaire de la fondation IPT, les experts ont de toute manière admis une pleine incapacité de travail dans toute activité pour des raisons psychiques. D'autre part, le but de cette mesure était d'offrir conseil et soutien à la recourante pour la recherche d'un emploi, et non pas d'évaluer sa capacité de travail résiduelle, question qui est du ressort des médecins. Contrairement à ce que prétend la recourante, le dossier ne fait pas état d'interruption de traitement en raison des douleurs chroniques. Il est fait mention de l'absence de prise d'anti-douleurs ou d'anti-inflammatoires, car elle serait allergique à ces médicaments (dossier intimé p. 582-583). Aucun rapport médical au dossier n'atteste toutefois que la recourante aurait entrepris un suivi dans un centre de la douleur ou que la non-prise de ces médicaments influencerait l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé. Il est vrai que, dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan psychique, à titre de diagnostics incapacitants des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive, et que dans le rapport d'expertise psychiatrique, ces mêmes diagnostics figurent cette fois sous le chapitre des « diagnostics non-incapacitants ». Cependant, à elle seule, cette erreur de plume ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise, d'autant moins que l'expert psychiatre a expliqué de manière détaillée les motifs pour lesquels il admettait des diagnostics mais en écartait d'autres, ainsi que les raisons pour lesquelles il y avait lieu de retenir une pleine incapacité de travail durant certaines périodes, mais pas au-delà d'octobre 2019, sur la base des pièces à disposition lors de l'expertise, de l'examen clinique et paraclinique. En définitive, le rapport d'expertise bidisciplinaire du 26 avril 2022 répond aux réquisits jurisprudentiels pour que

lui soit reconnue valeur probante. Cela étant, postérieurement à l'expertise, mais à une date antérieure aux décisions litigieuses du 21 février 2025, dans deux rapports des 17 décembre 2023 et

E. 11

février 2025 (cf. art. 85bis RAI), qui est postérieure audit courrier. 5. En conséquence, les recours sont partiellement admis, les décisions querellées annulées, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). ***

A/1107/2025 - 23/23 - 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.