

# **GE\_GERICHTE ATAS/950/2024 vom 2. Dezember 2024**

GE Cour de justice, 2024-12-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_950\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_950_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/950/2024 du 2 décembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/950/2024 del 2 dicembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'arrêt sur partie du 18 janvier 2022 ; il suffit d'y renvoyer.

### **E. 2**

septembre 2015 consid. 5.2).

### **E. 3.1**

Le 1er janvier 2022, les modifications du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) et de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) - applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI - (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). En l'occurrence, les décisions querellées (des 12 novembre 2020 et 5 mars 2021) ont été rendues antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

### **E. 3.2**

Selon la jurisprudence, 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 au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

### **E. 3.3.1**

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

A/4225/2020 - 15/40 - 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 3.3.2**

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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'ATF 141 V 281, 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

A/4225/2020 - 16/40 - Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - 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) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

### **E. 3.3.3**

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 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

A/4225/2020 - 17/40 - 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). 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). 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).

### **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. ATF 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

A/4225/2020 - 18/40 - 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).

### **E. 4.1**

En l'espèce, l'intimé, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 20 mai 2020, lui-même fondé sur l'expertise neurologique et rhumatologique du V\_\_\_\_\_ du 16 avril 2020, a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er avril 2011 au 29 février 2012, du 1er novembre 2013 au 30 novembre 2014 et du 1er février 2016 au 31 mai 2017, puis une demi-rente d'invalidité du 1er mars 2012 au 31 octobre 2013, du 1er décembre 2014 au 31 janvier 2016, ainsi que depuis le 1er juin 2017. La recourante a contesté la réduction de sa rente d'invalidité. Par ordonnance du 4 décembre 2023, la chambre de céans a ordonné une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique de la recourante. Le rapport d'expertise judiciaire du 5 août 2024 repose sur les pièces médicales du dossier (p. 5, 53-119), l'anamnèse (p. 7-15, 27-30, 39-42), les plaintes de la recourante (p. 15, 30-31, 42-43), l'examen clinique (p. 16-17, 31-33, 43-46) complété par des examens radiologiques (p. 53-61), une discussion des avis médicaux au dossier (p. 24-27, 37-39, 51-52) et une synthèse consensuelle (p. 6-7).

#### **E. 4.1.1**

Sur le plan neurologique, l'expert judiciaire a mis en évidence une hypoesthésie algo-tactile au niveau des membres supérieurs, à gauche, sur la pulpe de l'auriculaire et du majeur ainsi que le bord interne de la main sur la face palmaire, et à droite, sur la pulpe de l'index et de l'auriculaire. Il a également observé un empâtement cervical limitant l'amplitude des mouvements passifs. L'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient : des cervicalgies sur troubles dégénératifs au niveau cervical en C5-C6 et C6-C7 (janvier 2010), des lombalgies non déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire avec lipomatose épidurale modérée en L5-S1 et douleurs des membres inférieurs (2010), un status après libération du nerf médian droit au carpe (juin 2009) compliqué d'un syndrome de Südeck, un status après libération du nerf médian

gauche au carpe (juin 2010) et reprise chirurgicale (août 2013) compliquées d'un syndrome de Südeck, un status après neurolyse du plexus brachial gauche supra-claviculaire et infra-claviculaire pour un syndrome du défilé thoracique (novembre 2015), des migraines avec et sans aura (1986). À titre de comorbidités, étaient par ailleurs mentionnés un phénomène de Raynaud (2007), une probable connectivité indifférenciée (2011), des troubles anxio-dépressifs réactionnels (2014) et une spasmophilie (vers 1980). L'expert a relevé que les maux de tête remplissaient les critères de la classification internationale des céphalées (diagnostic de migraine avec et sans aura). Compte tenu de la bonne réponse au traitement, il s'agissait d'un trouble de faible degré de gravité, non incapacitant.

A/4225/2020 - 19/40 - En ce qui concernait les cervicalgies, au fil des ans, les troubles dégénératifs progressaient sans conflit radiculaire avec une bonne préservation des réflexes et l'absence de déficit susceptible d'orienter vers un dermatome ou myotome. L'empâtement cervical qui limitait l'amplitude des mouvements passifs était en relation avec les troubles dégénératifs sans contracture franche de la musculature. L'expert en a conclu que le degré de gravité était faible. S'agissant des mains, l'expert a rappelé que la survenue de paresthésies et de douleurs à prédominance nocturne avait à l'époque fait suspecter un syndrome du tunnel carpien. En 2009, cependant, le docteur AN\_\_\_\_\_ (neurologue) avait indiqué que cette hypothèse n'était soutenue ni par son examen clinique ni par les tests électrophysiologiques. En janvier 2010, le Dr AL\_\_\_\_\_ (neurologue) était parvenu à la même conclusion. En 2013, le docteur H\_\_\_\_\_ (neurologue) avait fait état d'une « légère hypoesthésie tacto-algique pour la dernière phalange du pouce gauche » et, au plan électrophysiologique, une légère atteinte myélinique focale sensitive du nerf médian au canal carpien des deux côtés, ralentissement évoqué en 2013 dans le rapport du Dr AK\_\_\_\_\_ (neurologue). Ce ralentissement intervenait après les opérations et ne concernait que les neurographies sensibles et non les fibres motrices, la latence motrice distale du nerf médian restait dans les normes. En 2016, le Dr AI\_\_\_\_\_ (neurologue) ne retenait pas de signe de neuropathie lésionnelle aux sites d'enclavement habituels (nerfs médians aux carpes, nerfs ulnaires aux coudes). En 2018, l'examen des membres supérieurs par le Dr AL\_\_\_\_\_ était normal, de même que les vitesses de conduction. L'examen clinique de l'expert judiciaire révélait des troubles sensitifs mal systématisés se répartissant très partiellement dans le territoire des nerfs médian et cubital des deux côtés et ne correspondant pas à un territoire radiculaire ou tronculaire. Les tests électrophysiologiques, réalisés dans le cadre de l'expertise judiciaire, excluaient un syndrome d'enclavement du nerf médian au carpe et du nerf cubital au défilé thoracique. L'exploration à l'aiguille mettait en lumière « des signes de dénervation-réinnervation d'allure chronique assez marqués dans le triceps, moins dans le deltoïde et l'extenseur commun des doigts », cela des deux côtés « pratiquement symétriques ». L'expert judiciaire en a tiré la conclusion que, au plan strictement neurologique, il n'y avait jamais eu d'argument clinique ou électrophysiologique en faveur des données anamnestiques d'un enclavement du nerf médian au carpe. L'IRM cervicale, également effectuée dans le cadre de l'expertise judiciaire, montrait des troubles dégénératifs pluri-étagés qui prédominaient en C6-C7 où existait une « discrète composante foraminale bilatérale » engendrant un « possible contact-conflit en C7 » des deux côtés, qui pourrait, du moins en partie, expliquer l'ancien processus de dénervation- réinnervation. L'expert judiciaire émettait là une hypothèse peu probable, car l'anamnèse ne faisait pas ressortir d'irradiation douloureuse dans le dermatome C7 et l'examen clinique ne révélait pas d'asymétrie des réflexes. L'expert judiciaire en a conclu qu'il n'existait pas d'argument pour une atteinte neurologique sous-

A/4225/2020 - 20/40 - jacente (absence de substrat organique objectivable) susceptible d'expliquer les plaintes au niveau des membres supérieurs. Pour ce qui était du syndrome de défilé thoracique, l'expert judiciaire a rappelé qu'en 2010, le Dr AL\_\_\_\_\_ indiquait qu'il n'avait pas d'élément pour un syndrome du défilé thoracique neurologique, sans toutefois exclure ce diagnostic, mais précisait que, le cas échéant, la compression ne portait pas sur les structures nerveuses. Les différents examens neurologiques et électrophysiologiques dans le passé n'avaient pas donné d'argument pour une participation neurologique au syndrome du défilé thoracique. Le 9 juillet 2015, les chirurgiens de la main mentionnaient qu'« un syndrome du défilé thoracique bilatéral neurologique était confirmé » sans nouvel examen électrophysiologique et décidaient d'opérer pour « stopper les dégâts neurologiques ». Dans son rapport du 18 juillet 2016, le Dr AJ\_\_\_\_\_ (neurologue) décrivait une hyporéflexie cubito-pronatrice bilatérale, une hypoesthésie des doigts 3 et 4 gauches et une baisse de la force de préhension à gauche. Néanmoins, le bilan neurologique effectué en décembre par le Dr AI\_\_\_\_\_ ne mettait pas en évidence une asymétrie des réflexes mais une légère baisse diffuse de la force aux membres supérieurs et quelques signes de dénervation à la limite du significatif dans le court abducteur du pouce gauche. L'expert judiciaire a relevé que son examen ne faisait pas ressortir de déficit systématisé. Hormis l'hypothèse d'un lien possible des discrets signes de dénervation du court abducteur du pouce gauche avec le syndrome du défilé thoracique, au plan neurologique, celui-ci n'avait pas engendré de déficit sensitif ou moteur manifeste. Les tests électrophysiologiques effectués sur demande de l'expert judiciaire montraient des neurographies cubitales normales jusqu'au point d'Erb, autrement dit jusqu'en amont du défilé thoracique. L'expert judiciaire a conclu à l'absence de déficit moteur ou d'asymétrie des réflexes et les plaintes de la recourane ne correspondaient pas à un substrat organique objectivable. Quant aux lombo-sciatalgies, l'expert judiciaire a rappelé que dans un rapport du

#### **E. 4.1.2**

Sur le plan rhumatologique, l'expert judiciaire constatait que la recourante s'était levée sans difficulté de la salle d'attente pour aller dans la salle d'examen, sans boiter. À l'issue de son examen clinique, il retenait, avec répercussion sur la capacité de travail, une douleur cervicale sur discopathie apparue le 28 janvier 2010 (radio cervicale le 28 janvier 2010 associée à une IRM cervicale, IRM cervicale en 2013 et IRM cervicale le 27 février 2017), une douleur lombaire sur discopathie apparue le 12 novembre 2010 (IRM lombaire et IRM dorso-lombaires le 9 octobre 2017), une ténosynovite du jambier postérieur de la cheville droite le 3 février 2023 (IRM), une connectivité indifférenciée associant une positivité des anticorps anti-nucléaires de type centromère et anticorps anti-CEMP B positif, un syndrome de Raynaud, description anamnestique d'une réaction au soleil. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert judiciaire retenait un status après réaction algodystrophie après chaque intervention sur le canal carpien, à deux

A/4225/2020 - 27/40 - reprises à droite (recte : gauche) et à une reprise à gauche (recte : droite), ainsi qu'un status après chirurgie pour fasciite plantaire du pied droit le 29 octobre 2020. L'expert judiciaire relevait que l'atteinte cervicale et lombaire était dégénérative (correspondant à un substrat organique objectivable), le degré de gravité était faible et l'évolution lente. Il a considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle depuis janvier 2010, mais de 100% dans une activité adaptée évitant l'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, le porte-à-faux du buste, le port de charges proche du corps de plus de 10 kg, les marches prolongées, les montées et descentes

d'escaliers, le piétinement prolongé, les positions accroupies, le travail en hauteur, l'exposition au froid et l'utilisation d'engins vibrants. L'expert judiciaire s'est prononcé sur les avis médicaux au dossier. En ce qui concernait le rapport du 29 janvier 2013 du Dr F\_\_\_\_\_ (rhumatologue), qui avait retenu un trouble douloureux chronique diffus, un pouce gauche à ressaut, un CREST incomplet et des lombalgies non spécifiques, l'expert judiciaire a indiqué que l'expertisée présentait des lombalgies qui correspondaient à un diagnostic précis puisque l'IRM du 12 novembre 2010 montrait des discopathies avec arthrose postérieure et une lipomatose épidurale. À cette époque, les cervicalgies avaient également été explorées et révélaient des discopathies. Le CREST était très incomplet, car le seul élément positif était le syndrome de Raynaud. L'expert judiciaire a estimé que les limitations fonctionnelles devaient comprendre, en plus de celles spécifiées (pas de travail impliquant une exposition au froid, d'activité nécessitant l'utilisation de machines vibrantes, l'utilisation d'une force de préhension importante en particulier de la main gauche), un volet lombaire et cervical en une limitation du port de charges et des efforts de soulèvement. Compte tenu de ces restrictions, l'expert judiciaire concluait que l'estimation de la capacité de travail dans l'activité antérieure (100% selon le Dr F\_\_\_\_\_) n'était pas correcte, celle-ci était de 0%, mais de 100% dans une activité adaptée depuis toujours. En ce qui concernait le rapport du 5 juillet 2018 du Dr Q\_\_\_\_\_ (rhumatologue) et son complément du 13 février 2019, qui retenait les diagnostics de cervico- lombalgies chroniques d'étiologie indéterminée avec troubles dégénératifs pluri- étagés de la colonne cervicale et lombaire non spécifiques, de phénomène de Raynaud, photosensibilité et présence d'anticorps anti-nucléaires de signification indéterminée, l'expert judiciaire a relevé que les atteintes cervicales avaient de nouveau été explorées par une IRM le 27 février 2017 et les atteintes lombaires par une IRM le 9 octobre 2017 ayant mis en évidence des discopathies à la fois cervicales, dorsales et lombaires, de sorte qu'on ne pouvait pas les qualifier de non spécifiques. La maladie auto-immune était bien la connectivité indifférenciée. Les

A/4225/2020 - 28/40 - limitations fonctionnelles devaient tenir compte également des diagnostics rachidiens et comprendre ainsi une limitation des efforts de soulèvement et de port de charges. L'expert judiciaire a rappelé l'évaluation de la capacité de travail effectuée par son confrère, qui avait considéré que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle de gestionnaire de stock depuis le 15 juin 2009, mais totale dans une activité adaptée dès le 1er décembre 2011 jusqu'à la deuxième intervention sur le tunnel carpien gauche le 27 août 2013, incapacité totale de travail qui avait perduré en raison de la survenue d'un nouveau CRPS jusqu'au plus tard le 13 août 2014. L'expert judiciaire, pour sa part, a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être considérée comme nulle à partir de janvier 2010 au moment où le diagnostic de discopathie cervicale et lombaire avait été posé, la date du 15 juin 2009 correspondait à la chirurgie du canal carpien et donc à une origine neurologique. La capacité de travail dans une activité adaptée avait été entière depuis toujours. Ainsi, contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert judiciaire rhumatologue a explicité la raison qui l'a amené à retenir la date de janvier 2010. En ce qui concernait le rapport du 16 avril 2020 du Dr T\_\_\_\_\_ (rhumatologue), qui retenait les diagnostics de syndrome douloureux chronique (sans substrat clairement objectivable) assimilé à une fibromyalgie, de lombosciatalgies gauches non déficitaires, de cervicalgies simples sans irradiation systématisée, de connectivité indifférenciée (phénomène de Raynaud primaire, photosensibilité du visage et du décolleté, facteur antinucléaire à un taux élevé), de tendinites nodulaires des fléchisseurs des doigts et de fasciite plantaire bilatérale, l'expert judiciaire a indiqué que, lors de son expertise, il n'avait pas été retrouvé de

fibromyalgie, de ténosynovite des tendons fléchisseurs des doigts ou de fasciite plantaire bilatérale. Les limitations fonctionnelles retenues par son confrère étaient cohérentes : pas d'exposition au froid, pas d'utilisation de machines vibrantes, pas de travail nécessitant une force de préhension ou des mouvements fins des doigts en raison du phénomène de Raynaud et des séquelles des syndromes douloureux régionaux complexes, pas de port de charges au-delà de 5 kg les bras proches du corps, 2 kg éloignés du corps, pas de positions immobiles debout ou en porte-à-faux prolongées, de mouvements répétitifs du tronc, de travaux en hauteur et de marche en terrains inégaux en raison des lombalgies et des fasciites plantaires. En ce qui concernait la capacité de travail, l'expert judiciaire a renvoyé aux remarques qu'il avait formulées en lien avec le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le rapport de l'expert judiciaire rhumatologue se fonde également sur l'anamnèse (p. 27-30) et celui-ci s'est déterminé sur les rapports médicaux, pertinents, au dossier (p. 33, 37-39). Le fait qu'il n'ait pas commenté les rapports obtenus dans le cadre de l'expertise judiciaire (autres que ceux en lien avec l'atteinte orthopédique) ne porte pas à conséquence,

A/4225/2020 - 29/40 - étant donné qu'ils sont postérieurs à la période litigieuse s'étendant du 1er mars 2012 au 31 octobre 2019. Cet expert ne s'est pas basé uniquement sur la situation présente au moment de son examen, dès lors qu'il a pu constater que les douleurs cervicale et lombaire de la recourante remontaient à 2010. Partant, c'est en pleine connaissance du dossier qu'il s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de la recourante, au cours du temps. Le fait que l'expert judiciaire rhumatologue a fixé l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle depuis janvier 2010 seulement (sur le plan rhumatologique stricto sensu) ne prête pas à conséquence, puisque l'intimé a admis que celle-ci remontait à juin 2009 (pour les douleurs au tunnel carpien). Il en va de même des incapacités de travail totales consécutives aux opérations chirurgicales compliquées d'un CRPS, car l'intimé les a reconnues et a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière suivant les périodes (cf. infra). En tant que la recourante considère que l'expert judiciaire rhumatologue n'a pas suffisamment pris en compte ses atteintes rachidiennes, elle émet sa propre appréciation (subjective), sans fournir de rapports médicaux qui indiqueraient que ses rachialgies l'entraveraient totalement dans l'exercice d'une activité adaptée. Enfin, les nouvelles atteintes à la santé dont se prévaut la recourante, non visées par la présente procédure, ne peuvent pas être prises considération. Ainsi, peu importe que l'expert judiciaire rhumatologue n'ait pas examiné le rapport d'IRM de la cheville du 12 février 2023 ni le rapport d'IRM cérébrale de décembre 2023. Le premier concerne l'atteinte orthopédique, laquelle a fait l'objet d'un renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire par arrêt sur partie du 18 janvier 2022. Le second est postérieur à la période litigieuse.

#### **E. 4.1.3**

Sur le plan psychiatrique, l'expert judiciaire a exclu un épisode dépressif, en l'absence de tristesse d'humeur, de ralentissement psychomoteur, de perte d'intérêt, de mésestime de soi et d'idées suicidaires. La recourante, qui n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, avait présenté un antécédent de dépression, unique, de sorte que le trouble dépressif récurrent était écarté. Il n'a pas retenu d'anxiété généralisée, faute d'anxiété flottante, constante, ni de trouble panique, au motif que les crises d'angoisse, déclenchées par des événements stressants et ne survenant pas spontanément, étaient insuffisamment intenses. Il n'a pas non plus retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant, car il

n'existait pas de douleurs chroniques accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique. Il n'y avait pas de dramatisation des douleurs, ni de sollicitation accrue de l'entourage. La recourante était indépendante, faisait la plupart des tâches ménagères et maintenait des rapports sociaux. Elle ne présentait pas non plus un trouble de la personnalité ou de traits de la personnalité pathologiques. Elle souffrait par contre de troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines avec une utilisation nocive pour la santé (F13.1) - dans le cadre d'une automédication pour lutter contre des vertiges ou des crises d'angoisse - sans véritable syndrome de

A/4225/2020 - 30/40 - dépendance (en l'absence de signes physiques de manque) ni répercussion cognitive ou trouble de vigilance. Il n'y avait pas non plus de fatigue ou de fatigabilité majeure. L'expert judiciaire considérait qu'aucun diagnostic n'était incapacitant. La recourante maintenait des relations sociales et familiales (elle vivait avec sa mère, entretenait de bons rapports réguliers avec ses frères et sœurs, avait quelques amies), conduisait, effectuait des tâches ménagères (rangement des chambres, courses, préparation des repas, étendage du linge, nettoyage au moyen du balai) et administratives. Elle était capable de planifier et de structurer les tâches. Elle aimait l'organisation, s'adaptait aux situations nouvelles, respectait les règles et les routines. Elle était capable de s'affirmer, de faire preuve d'activité spontanément et de persévérance. Elle ne présentait pas de troubles de l'hygiène. Elle se décrivait comme une personne positive, joviale et sociable. Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que la recourante serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. L'expert judiciaire recommandait une diminution progressive de la consommation en benzodiazépines et la prise d'un traitement antidépresseur pour lutter contre d'éventuelles angoisses réactionnelles. Enfin, l'expert judiciaire n'a pas fait état d'une exagération de la symptomatologie. Il en a conclu que la recourante avait toujours pu travailler à 100% d'un point de vue psychiatrique. Au regard des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281 (consid. 3.3.2 ci-dessus), il y a lieu d'admettre avec l'expert judiciaire que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique, au jour de l'expertise. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert judiciaire s'est également déterminé sur l'évolution de l'état de santé jusqu'alors. Il a en effet rappelé les éléments psychiatriques évoqués dans les rapports médicaux au dossier (p. 45-46, 51-52) et relevé que ses confrères psychiatres n'avaient retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant (p. 51-52), c'est-à-dire pour la période antérieure à l'expertise judiciaire. Il n'existe au dossier aucun rapport médical remettant en cause l'appréciation des psychiatres ayant examiné la recourante selon laquelle cette dernière ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'origine psychique (cf. dossier AI p. 351 [rapport du 30 janvier 2013 du Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre à la I\_\_\_\_\_] , p. 552 et 573 [rapports des 20 avril et 10 août 2015 du docteur , psychiatre, qui renvoyait à l'appréciation des médecins somaticiens s'agissant de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles], p. 818 [rapport du 20 juin 2018 du Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre à la S\_\_\_\_\_, qui ne retenait aucune limitation d'ordre psychiatrique]).

A/4225/2020 - 31/40 - Par conséquent, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert judiciaire psychiatre selon lesquelles la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité sur le plan psychiatrique depuis toujours, soit y compris durant la période litigieuse du 1er mars 2012 au 31 octobre 2019.

#### **E. 4.1.4**

En définitive, les critiques soulevées par la recourante à l'égard des conclusions posées par les experts judiciaires tombent à faux. Le tableau des incapacités de travail figurant en page 6 du rapport d'expertise judiciaire n'est pas pertinent en soi, car il retranscrit les arrêts de travail attestés par les médecins traitants. Or, d'une part, l'intimé a de toute manière admis que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle remonte à juin 2009. D'autre part, ce tableau ne dit rien au sujet de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. Les experts judiciaires ont explicité les points sur lesquels ils étaient d'accord avec les experts précédents et ceux sur lesquels ils étaient en désaccord, tout en concluant à la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, depuis toujours. La recourante a tort lorsqu'elle fait valoir que les experts antérieurs auraient admis des incapacités de travail totales dans une activité adaptée de 2009 à ce jour, puisque ceux de la S\_\_\_\_\_ et du V\_\_\_\_\_ ont limité ces totales incapacités de travail aux périodes consécutives aux opérations, compliquées par un CRPS, et spécifié les dates à partir desquelles la recourante pouvait à nouveau reprendre une activité adaptée à son état de santé, conclusions qui ont ensuite été suivies par le SMR. Force est de constater qu'hormis ces périodes d'incapacité temporaires, les experts (y compris judiciaires) sont unanimes pour considérer que la recourante est en mesure d'exercer pleinement une activité adaptée à son état. Il convient dès lors d'admettre avec le SMR que la recourante était totalement inapte à travailler durant ces périodes momentanées (pour les suites opératoires), et par conséquent, se distancier de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par les experts judiciaires pour ces périodes, sans que celle-ci ne perde sa valeur probante pour les autres périodes, pour lesquelles tous les experts sont au final d'accord. La recourante n'a produit aucun rapport médical qui attesterait, sur la base d'éléments objectifs, que ses atteintes résiduelles l'entraveraient totalement dans l'exercice d'une activité adaptée, aux dates retenues par le SMR. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans conclura que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était de 0% depuis le 15 juin 2009. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 100% du 1er décembre 2011 au 26 août 2013, du 13 août 2014 (consultation ambulatoire aux HUG ; dossier AI p. 500) au 17 novembre 2015,

A/4225/2020 - 32/40 - ainsi que depuis le 15 février 2017 (consultation ambulatoire de la douleur aux HUG ; dossier AI p. 652), mais de 0% du 27 août 2013 (opération ; dossier AI p. 390) au 12 août 2014 ainsi que du 18 novembre 2015 (opération ; dossier AI p. 1012) au 14 février 2017. Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu de mettre en œuvre une nouvelle expertise judiciaire.

## **E. 4.2**

Reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

### **E. 4.2.1**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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). Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). 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).

A/4225/2020 - 33/40 - 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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

#### **E. 4.2.2**

En l'espèce, il convient de rappeler que les degrés d'incapacité de travail ont été les suivants : - du 15 juin 2009 au 30 novembre 2011 : une capacité de travail nulle dans toute activité ; - du 1er décembre 2011 au 26 août 2013 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ; - du 27 août 2013 au 12 août 2014 : une capacité de travail nulle dans toute activité ; - du 13 août 2014 au 17 novembre 2015 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ; - du 18 novembre 2015 au 14 février 2017 : une capacité de travail nulle dans toute activité ; - depuis le 15 février 2017 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains ; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse au taux d'incapacité de travail (ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17b). En ce qui concerne la période du 1er décembre 2011 au 26 août 2013, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de CHF 91'054.- et un revenu avec invalidité de CHF 42'591.- (après avoir appliqué un abattement de 20% ; dossier AI p. 842). Il relevait que, selon le questionnaire rempli par l'employeur, la recourante aurait réalisé un revenu de CHF 90'180.- en 2010 (dossier AI p.

1132 et 41). Dans ce document, l'ancien employeur a déclaré un revenu de CHF 90'126.- pour 2009. On se demande si ces deux derniers revenus comprennent les indemnités journalières pour cause de maladie que la recourante a perçues depuis juin 2009, lesquelles sont exclues de la comparaison des revenus (art. 25 al. 1 let. a RAI) ainsi que d'autres prestations accordées par l'employeur qui n'étaient pas soumises

A/4225/2020 - 34/40 - aux cotisations AVS. Il ressort en tout cas de la déclaration pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie du 1er septembre 2009 (dossier AI p. 207) que la recourante touchait, avant son atteinte à la santé, un revenu mensuel brut de CHF 6'690.-, versé treize fois (soit un revenu annuel de CHF 86'970.-). Même à retenir que le revenu annuel réalisé avant l'incapacité de travail en juin 2009 s'élevait à CHF 90'126.- (au lieu de CHF 86'970.-) - soit une différence annuelle de CHF 3'156.- en faveur de la recourante, cela ne changerait pas l'issue du litige comme on le verra plus loin. Ce montant, une fois adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS ; en 2009 : 2552 et en 2011 : 2604), se chiffre à CHF 91'962.- en 2011 ( $90'126 \times 2604 / 2552$ ), année déterminante pour la comparaison des revenus. En effet, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte au 1er décembre 2011, il convient de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison des revenus. S'agissant du revenu d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'exerçait pas d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux statistiques salariales. Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). D'après l'ESS 2010, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'225.- par mois (tableau TA1, niveau 4, total, femme, part au 13e salaire comprise) ou à CHF 50'700.- par année ( $4'225 \times 12$ ). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2010, laquelle est de 41.6 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 52'728.- ( $50'700 \times 41.6 / 40$ ). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2011 (ISS ; en 2010 : 2579

A/4225/2020 - 35/40 - et en 2011 : 2604), le revenu avec invalidité est de CHF 53'239.- ( $52'728 \times 2604 / 2579$ ) pour un plein temps. Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), ce dernier s'élèverait à CHF 39'929.25 ( $53'239 \times 25 / 100 = 13'309.75$  ;  $53'239 - 13'309.75 = 39'929.25$ ). Le revenu

d'invalidé de CHF 39'929.25, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 91'962.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 56.58% ( $[91'962 - 39'929.25] / 91'962 \times 100$ ), arrondi à 57% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé. S'agissant de la période du 13 août 2014 au 17 novembre 2015, le revenu sans invalidité se chiffre à CHF 94'399.- (soit CHF 90'126.- en 2009, indexé en 2014 [ISS ; en 2009 : 2552 et en 2014 : 2673] ;  $90'126 \times 2673 / 2552$ ). Quant au revenu avec invalidité, d'après l'ESS 2014, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'300.- par mois (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, femme, part au 13e salaire comprise) ou à CHF 51'600.- par année ( $4'300 \times 12$ ). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, laquelle est de 41.7 heures, ce qui porte le salaire annuel à CHF 53'793.- ( $51'600 \times 41.7 / 40$ ) pour un plein temps. Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé, ce dernier s'élèverait à CHF 40'344.75 ( $53'793 \times 25 / 100 = 13'448.25$  ;  $53'793 - 13'448.25 = 40'344.75$ ). Le revenu d'invalidé de CHF 40'344.75, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 94'399.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 57.26% ( $[94'399 - 40'344.75] / 94'399 \times 100$ ), arrondi à 57%, donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé. Pour ce qui est de la période dès le 15 février 2017, le revenu sans invalidité se monte à CHF 96'023.74 (soit CHF 90'126.- en 2009, indexé en 2017 [ISS ; en 2009 : 2552 et en 2017 : 2719] ;  $90'126 \times 2719 / 2552$ ). Quant au revenu avec invalidité, d'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'363.- par mois (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, femme, part au 13e salaire comprise) ou à CHF 52'356.- par année ( $4'363 \times 12$ ). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41.7 heures, ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'581.13.- ( $52'356 \times 41.7 / 40$ ). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2017 (ISS ; en

A/4225/2020 - 36/40 - 2016 : 2709 et en 2017 : 2719), le revenu avec invalidité est de CHF 54'782.61 ( $54'581.10 \times 2719 / 2709$ ) pour un plein temps. Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé, ce dernier s'élèverait à CHF 41'086.96 ( $54'782.61 \times 25 / 100 = 13'695.65$  ;  $54'782.61 - 13'695.65 = 41'086.96$ ). Le revenu d'invalidé de CHF 41'086.96, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 96'023.74.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 57.21% ( $[96'023.74 - 41'086.96] / 96'023.74 \times 100$ ), arrondi à 57%, donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé.

#### **E. 4.3**

Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées.

##### **E. 4.3.1**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois).

#### **E. 4.3.2**

En l'occurrence, la recourante a été incapable de travailler à 100% dans toute activité du 15 juin 2009 au 30 novembre 2011. Le délai d'attente d'un an est donc arrivé à échéance en juin 2010, date à compter de laquelle celle-ci présentait un degré d'invalidité de 100%.

Toutefois, en raison de la demande de prestations déposée tardivement le 15 octobre 2010 - soit plus de six mois après le début de l'incapacité de travail durable -, c'est à juste titre que l'intimé a fixé le début du

A/4225/2020 - 37/40 - versement de la rente entière au 1er avril 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), ce qui n'est pas contesté. La recourante a ensuite droit à : - une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2012 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 1er décembre 2011), comme retenu par l'intimé ; - une rente entière dès le 1er décembre 2013 (trois mois après l'aggravation de la capacité de gain survenue le 27 août 2013) - et non pas dès le 1er novembre 2013 comme retenu à tort par l'intimé ; - une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2014 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 13 août 2014), comme retenu par l'intimé ; - une rente entière dès le 1er mars 2016 (trois mois après l'aggravation de la capacité de gain survenue le 18 novembre 2015) - et non pas dès le 1er février 2016 comme retenu à tort par l'intimé ; et - une demi-rente d'invalidité dès le 1er juin 2017 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 15 février 2017), comme retenu par l'intimé. Compte tenu de la brièveté de la période considérée - deux mois (rente entière dès le 1er décembre 2013 et non le 1er novembre 2013, ainsi que le 1er mars 2016 et non le 1er février 2016) - la chambre de céans renoncera, comme elle en a la faculté, à procéder à une reformatio in pejus de la décision querellée (c'est-à-dire à une modification de la décision litigieuse au détriment de la recourante ; art. 61 let. d LPGA ; ATF 119 V 241 consid. 5). 5. La recourante conteste le bien-fondé de la compensation opérée par l'intimé des montants de CHF 6'861.- (pour août à octobre 2014) et CHF 5'802.- (pour février 2016 à mai 2017) en faveur de l'Hospice général. 5.1 Selon l'art. 20 al. 2 LPGA, les prestations versées à un tiers ou à une autorité ne peuvent pas être compensées par ce tiers ou cette autorité avec des créances contre l'ayant droit. Fait exception la compensation en cas de versement rétroactif de prestations au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA. L'art. 22 al. 2 LPGA prévoit que les prestations accordées rétroactivement par l'assureur

social peuvent en revanche être cédées : à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ; à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). En dehors de l'art. 20 al. 2 LPGA, la LPGA ne contient pas de norme générale sur la compensation. Ce mode d'extinction des créances est donc régi par les dispositions des lois spéciales (ATF 138 V 402 consid. 4.2), en l'occurrence la LAI et son règlement d'application.

A/4225/2020 - 38/40 - Selon l'art. 85bis RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Est cependant réservée la compensation prévue à l'art. 20 LAVS. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI (al. 1). Sont considérées comme une avance, les prestations : librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (al. 2 let. a) ; versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (al. 2 let. b). Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (al. 3). Les objections contre le montant de la créance invoquée en compensation ne peuvent être soulevées dans la procédure devant l'OAI, mais doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral I.256/06 du 26 septembre 2007 consid. 6). La caisse de compensation doit uniquement vérifier si la demande de compensation porte effectivement sur des avances consenties dans l'attente du versement de la rente et si ces avances ont été versées pour la période couverte par le paiement rétroactif de la rente. Ainsi, par exemple, pour la coordination des prestations entre l'assistance sociale et l'assurance-invalidité, est seul déterminant le fait que des prestations de l'assistance sociale et de l'assurance-invalidité aient été objectivement versées durant la même période et que les autres conditions de l'art. 85bis RAI relatives au versement en main de tiers aient été remplies (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 3329 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1). 5.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que les prestations de l'Hospice général constituent des prestations financières d'aide sociale, octroyées en vertu de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LIASI - J 4 04), dont le droit au remboursement résulte de la loi (art. 37 LIASI), et que les conditions de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI sont ainsi remplies. Il ressort des pièces produites par la caisse que, dans la mesure où l'Hospice général n'a pas presté en faveur de la recourante durant les mois d'août à octobre 2014, la caisse n'a effectivement rétrocédé aucun montant à l'Hospice général pour cette période, contrairement à ce que prétend la recourante.

A/4225/2020 - 39/40 - Pour le surplus, il ressort du décompte annexé à l'écriture de l'intimé du 14 mai 2021 que la caisse a procédé à la compensation en faveur de l'Hospice général, jusqu'à concurrence des avances octroyées par cet organisme, mais à hauteur, au maximum,

des rentes dues rétroactivement à la recourante. Ainsi, lorsque le montant de la rente était supérieur à celui de l'avance, le solde était versé à la recourante. D'où un versement complémentaire de CHF 5'802.- en faveur de l'Hospice général et de CHF 3'382.- à la recourante, à la suite de l'octroi d'un montant de rente supplémentaire d'octobre 2016 à mai 2017 par décision du 5 mars 2021, comme l'annexe précitée le détaille. Les griefs de la recourante s'avèrent infondés, étant relevé qu'elle n'a plus critiqué la compensation opérée à la suite des explications de la caisse du 19 avril 2021 et de son annexe.

#### **E. 6**

Au vu de ce qui précède, les recours seront rejetés et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI). La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

A/4225/2020 - 40/40 - 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.