

GE_GERICHTE A/3216/2024 vom 25. August 2025

GE Cour de justice, 2025-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3216_2024

FR: GE_GERICHTE A/3216/2024 du 25 août 2025

IT: GE_GERICHTE A/3216/2024 del 25 agosto 2025

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 ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

E. 2.1

L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

E. 2.2

En l'espèce, la décision querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente d'invalidité. Cela étant, le recours dont est saisie

la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité et, dans ce cadre précis, l'ampleur des répercussions sur la capacité de gain qu'a entraînées l'aggravation de l'état de santé survenue entre le 28 avril 2018 – date de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit – et la date de la décision litigieuse.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf . ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

E. 3.2

En l'espèce, il ressort de l'instruction médicale – non contestée sur ce point – qu'une modification potentiellement déterminante pour le droit à la rente est survenue après le 1^{er} janvier 2022 (cf . notamment les conclusions du rapport d'expertise du 5 mars 2024 et les périodes d'incapacité de travail mentionnées dans le rapport du 8 juin 2023 du Dr G_____), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.3

Lorsque l'administration entre en matière sur une demande de révision déposée par la personne assurée (art. 87 al. 2 RAI), elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré(e) (prenant par ex. la forme d'un nouveau diagnostic posé au cours de la période de comparaison déterminante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_735/2019 du 25 février 2020 consid. 4.5) est réellement survenue. Si l'office AI entre en matière sur la demande de révision, il doit procéder à un examen complet (« allseitig ») en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_4/2021 du 1^{er} mars 2021 consid. 6.1.2). S'il constate que le degré d'invalidité n'a pas changé depuis le prononcé de la précédente décision entrée en force (rejetant la demande de rente ou de révision de la rente), il rejette la demande. Dans le cas contraire, il doit en outre examiner si le degré d'invalidité permet d'ouvrir ou augmenter le droit à la rente. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; U. MEYER/M. REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4 e éd., 2022, n. 122 ad art. 30 LAI).

E. 3.4

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%.

E. 3.4.1

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88 a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

E. 3.4.2

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 145 V 141 consid. 5.4 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.1; arrêt 9C_585/2023 du 25 janvier 2024 consid. 6.2). Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3; Margit MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, n. 27 ad art. 17 LPGA et les références).

E. 3.5

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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). Il y a lieu de préciser que 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. 4.1

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 4.1.1

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). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49 , aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 4.1.2

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 4.2

Bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

E. 4.3

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

E. 5.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 5.3

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

E. 5.3.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.3.2

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations

quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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. 5.3.3

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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5.3.4

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 6.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). 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).

E. 6.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 7

En application de la jurisprudence précitée (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; cf. aussi 133 V 108 consid. 5.4), il convient, en l'espèce, de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 27 avril 2018 avec celle existant au moment de la décision litigieuse, le 30 août 2024, pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA.

E. 7.1

Dans le cadre de la première demande de prestations, déposée le 13 juillet 2017, le SMR avait estimé, par avis du 5 décembre 2017, que l'assurée présentait une GPA responsable d'une polyarthralgie et d'une fatigabilité chronique qui faisaient que sa capacité de travail était nulle depuis 2012 dans son activité habituelle mais entière – depuis toujours – dans toute activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (arthralgie, fatigabilité). Sur la base de cette instruction médicale, la décision du 27 avril 2018 avait refusé toute prestation à l'assurée, étant donné que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR et que la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à une perte de gain nulle et à un degré d'invalidité qui ne l'était pas moins. La deuxième demande de prestations, déposée le 15 mai 2023, a abouti à la décision du 30 août 2024 litigieuse qui se fonde sur l'avis du 18 mars 2024 du SMR. Faisant siennes les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 mars 2024 – en particulier celles retenant une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle depuis 2012 et de 80% (soit 100% avec une diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juin 2023 –, cet avis les précise néanmoins sur le plan des atteintes incapacitantes et des limitations fonctionnelles y relatives : l'experte rhumatologue I_____ ayant indiqué qu'il était « possible, mais non obligatoire, de classer les diagnostics en fonction de leur impact sur la capacité de travail » (rapport d'expertise p. 14), le SMR retient, au titre des atteintes à la santé incapacitantes, outre le diagnostic d'arthralgies et myalgies (dans le cadre d'une GPA) déjà connu en 2017, les diagnostics nouveaux posés par l'experte rhumatologue I_____ depuis la décision du 27 avril 2018 (hormis le trouble statique des pieds, l'hallux valgus bilatéral, le syndrome du tunnel carpien bilatéral et l'obésité), à savoir : une fibromyalgie, une discrète périarthrite gauche sur possible conflit sous-acromial, une périarthrite de l'épaule droite sur tendinopathie du sus-épineux et des gonalgies prédominant à gauche sur syndrome fémoro-patellaire débutant. L'experte

rhumatologue ayant retenu que les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics qu'elle avait posés impliquaient l'absence d'efforts contraignants pour les articulations, de travail pour les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, de port itératif de charges supérieures à 10 kg et de travail en position accroupie/à genoux, le SMR en complète la liste en y ajoutant la nécessité d'une activité sédentaire avec changements de position possibles, exercée dans un environnement tempéré, et en étendant la limite 10 kg même au port de charges non itératifs. Sur le plan psychiatrique – non investigué dans le cadre de la première demande de prestations –, l'expert psychiatre retient la présence d'un épisode dépressif moyen sans effet sur la capacité de travail dans l'activité habituelle d'agente d'entretien comme dans toute autre activité.

E. 7.2

Il résulte de ce qui précède que par rapport à l'état de fait sur lequel se fondait la décision du 27 avril 2018, les experts considèrent en substance qu'il existe certes des diagnostics qui se sont ajoutés à la GPA initiale mais qui dans le cadre d'une activité adaptée, n'affectent en rien la pleine capacité de travail de l'assurée, celle-ci étant uniquement diminuée depuis juin 2023 (sous forme d'une réduction de rendement de 20%). Sur le plan rhumatologique, l'experte I_____ explique la survenance, en juin 2023, d'une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée en précisant ce qui suit : « l'anamnèse et l'examen clinique actuels sont en faveur d'une fibromyalgie, les critères ACR de 2015 (revus [en] septembre 2016) sont remplis pour retenir ce diagnostic. Néanmoins, les arthralgies, myalgies et fatigue, rapportées depuis 2012 par l'expertisée et relevées par les médecins traitants, sont également reconnues dans le cadre de cette affection immunologique, ceci tant dans l'expérience que par la littérature médicale. Ces arthralgies peuvent persister malgré un status immunologique stabilisé. Nous n'avons pas d'argument, par rapport aux examens précédents, de retenir une aggravation de la symptomatologie, et dès lors nous retenons également une capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire légère, adaptée, mais avec une perte de rendement de 20% en raison des arthralgies, des myalgies et de la fatigue reconnues dans le cadre de cette affection, ceci depuis juin 2023, puisqu'à ce moment-là ces plaintes ont été suffisamment sérieuses pour justifier une investigation sur le plan rhumatologique » (rapport d'expertise, p. 29). D'un point de vue psychiatrique, la chambre de céans constate que, même si l'expert H_____ ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), et que ses explications requièrent de la part du lecteur qu'il recherche lui-même dans l'expertise les différents indicateurs et en fasse la synthèse, il ne résulte pas moins de l'inventaire de tous les points pertinents, en particulier des informations qu'il y a lieu de classer sous l'indicateur « atteinte à la santé », que l'épisode dépressif moyen ne présente pas un degré de gravité fonctionnel qui le rendrait invalidant. Par ailleurs, les informations à classer sous l'indicateur « personnalité » révèlent des ressources personnelles conservées. Tenant compte des plaintes de la recourante, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes, le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 mars 2024 peut se voir reconnaître valeur probante.

E. 7.3

D'avis contraire, la recourante estime que tel ne serait pas le cas.

E. 7.3.1

Dans un premier moyen, elle relève que d'un point de vue rhumatologique, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé, avec un bilan de 28/31 par l'experte I_____, soit un score presque identique à celui mentionné par la Dre F_____ (cf . son rapport de consultation du 8 juin 2023) mais que pour une « raison inexplicable », l'experte I_____ a retenu que les difficultés articulaires étaient issues de la GPA, alors même que le bilan immunologique ne mettait en évidence aucune réactivation. La chambre de céans relève que contrairement à ce qui est le cas en matière de fibromyalgie (absence de pathogénèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs ; cf . arrêt du Tribunal fédéral I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.1), il existe, en l'espèce, selon l'experte rhumatologue, une explication à l'origine des arthralgies, myalgie et fatigue rapportées depuis 2012 et relevées par les médecins traitants, à savoir que ces symptômes sont également reconnus dans le cadre de l'affection immunologique qu'est la GPA et peuvent persister malgré un status immunologique stabilisé (cf . expertise, p. 29). En tout état, il n'est pas nécessaire de prendre position sur le point de savoir si les arthralgies et myalgies en cause peuvent se manifester dans le cadre de la GPA malgré un status immunologique stabilisé, ou si elles découlent plutôt de la fibromyalgie. D'une part, il n'appartient pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic posé par un médecin ; est seul décisif que le diagnostic s'appuie légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (cf . ATF 132 V 65 consid. 3.4), ce qui est le cas dans l'expertise litigieuse. D'autre part, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (cf . ATF 132 V 65 consid. 3.4 précité). En l'espèce, cette constatation s'impose à plus forte raison que le degré de gravité fonctionnel des arthralgies, myalgies et de la fatigue de la recourante fait de toute manière l'objet, dans le rapport d'expertise, d'une analyse selon les indicateurs de gravité, indépendamment de l'étiologie de ces symptômes (cf . ci-après : consid. 7.3.2).

E. 7.3.2

Dans un second moyen, la recourante soutient qu'une évaluation globale cohérente par les deux experts ferait défaut, ce dont témoigneraient « des contradictions évidentes entre les constatations des volets rhumatologiques et psychiatriques » (cf . déterminations de la recourante du 17 février 2025, p. 1). Ce grief apparaît également injustifié. Pour le volet qui le concerne, l'expert psychiatre énumère de manière claire et compréhensible les éléments jugés pertinents pour le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) en précisant en outre que l'intéressée « n'est pas porteuse d'un éventuel trouble spécifique F60 de la personnalité » (expertise, p. 45). Il relève ensuite en substance qu'au vu du traitement antidépresseur prescrit par le psychiatre traitant (très partiellement suivi ; cf . les taux sériques de mirtazapine infra-thérapeutiques mentionnés en p. 40 de l'expertise) et de ressources personnelles préservées, la capacité de travail n'est pas restreinte par l'épisode dépressif moyen en cause. Dans son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, l'expert psychiatre expose en effet que « les difficultés de [la recourante] sont d'être algique. Cela est exploré ailleurs » (expertise, p. 50 in fine). De même, dans son examen de la cohérence, l'expert retient que « les principales doléances de cette assurée sont somatiques algiques [et] explorées ailleurs », ce qui ne l'empêche cependant pas de retenir que « [ces doléances] apparaissent néanmoins cohérentes et plausibles à l'expert

psychiatre car [la recourante] n'est pas histrionique. Les résultats de notre examen, à savoir un épisode dépressif moyen, sont valides et compréhensibles pour cette même raison » (expertise, p. 47). S'agissant des algies auxquelles l'expert psychiatre fait référence, l'experte rhumatologue en explique l'étiologie (cf . ci-dessus : consid. 7.2) et en examine le degré de gravité fonctionnel, ce en exposant non seulement les ressources de la recourante, mais aussi les points qui ne résistent pas à l'examen de cohérence. Aussi ne voit-on pas de motif de mettre en doute le raisonnement suivi par l'experte I_____ pour expliquer la prise en compte, dès juin 2023, d'une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée.

E. 7.3.3

Dans un troisième moyen, la recourante reproche à l'expert psychiatre « une évaluation indigente des ressources [...] d'un point de vue psychiatrique », qui serait « vide de toute substance » et reposerait « soit sur des affirmations nullement étayées, soit [sur] de pures tautologies » (cf . complément au recours, p. 3-4). Cette critique tombe également à faux. En effet, la recourante omet de préciser que l'expert psychiatre relate de manière détaillée ses déclarations et ses plaintes dans le cadre de l'entretien psychiatrique (expertise, p. 33 ss). Quant au fait que ces déclarations et plaintes ne soient pas reprises telles quelles dans l'appréciation des ressources « selon la CIF » (Classification internationale du fonctionnement ; cf . expertise, p. 45-46) et que dans ce cadre précis, l'expert prête à la recourante des capacités qui vont au-delà des empêchements allégués, il s'agit là d'un point qui relève spécifiquement de l'évaluation médicale. Or, cette dernière n'a pas lieu d'être mise en doute en l'absence d'avis médical dissident portant sur un point objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert. À l'appui de ses déterminations du 17 février 2025, la recourante produit certes une lettre de sortie des soins psychiatriques du 8 novembre 2024, évoquant un état dépressif sévère. La chambre de céans constate toutefois à la lecture de ce rapport que la péjoration thymique ayant conduit à une hospitalisation du 22 octobre au 1^{er} novembre 2024 à l'hôpital de psychiatrie de Belle-Idée était aussi brève que le séjour dans cet établissement (cf . aussi l'avis du 12 mars 2025 du SMR). En effet, les Drs J_____ et K_____ font état d'une « évolution [...] favorable [avec] une diminution significative des idées noires » (rapport du 8 novembre 2024, p. 3) et, à l'examen psychiatrique de sortie, d'une patiente euthymique, normo-vigilante, orientée dans les quatre modes, dont le discours est cohérent, organisé, spontané, sans élément floride de la lignée psychotique (rapport du 8 novembre 2024, p. 4). On relèvera enfin qu'en tant que les faits décrits dans ce rapport sont postérieurs à la décision litigieuse, ils ne sont en l'occurrence pas pertinents. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b).

E. 7.4

Compte tenu de ce qui précède, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'entre la décision du 27 avril 2018 et la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans le sens constaté par les experts et qu'il en résulte une capacité de travail qui demeure nulle dans l'activité habituelle d'agente d'entretien et qui se trouve réduite à 80% (100% avec une diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juin 2023.

E. 8

Le statut d'actif de la recourante n'étant pas contesté et n'apparaissant pas contestable non plus, il reste à examiner son degré d'invalidité.

E. 8.1

En vertu de l'art. 28 b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

E. 8.2

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28 a al. 1 LAI).

E. 8.3

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois: des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI). Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

E. 8.4

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 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).

E. 8.5

Le revenu sans invalidité obéit aux principes suivants :

E. 8.5.1

Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1). Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, excepté lorsque le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26 bis al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (art. 26 al. 2 et 3 RAI). Pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu réaliser sans l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité), ce n'est pas le revenu de sa dernière activité qui est déterminant, mais le revenu qu'il aurait réalisé au degré de la vraisemblance prépondérante s'il n'était pas devenu invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2; Madeleine RANDACHER, in KIESER/KRADOLFER/LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 5 e éd. 2024, n. 20 ad art. 16 LPGGA). 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).

E. 8.5.2

Si le revenu sans invalidité effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, il est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

E. 8.6

S'agissant du revenu avec invalidité, l'art. 26 bis al. 1 RAI dispose que si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26 bis al. 2 RAI). Dans ce cas, il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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), telle qu'elle ressort de 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). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

E. 8.6.1

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir table T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir table TA1 « skill level » de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (cf . ATF 150 V 354 consid. 6.1). Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est

le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références ; cité in Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, op. cit. , n. 101 ad art. 28 a LAI). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

E. 8.6.2

Selon l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1 bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Dans un arrêt de principe (ATF 150 V 410), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (art. 26 bis al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26 bis al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6). Selon cette jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss.). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26 bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur.

E. 9

Il reste à examiner le degré d'invalidité retenu par l'intimé.

E. 9.1

En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité de la recourante en 2023 et en 2024 sur la base du raisonnement et des calculs suivants : Pour 2023, il a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), plus précisément du tableau TA1, tirage « skill level » (secteur privé) de l'année 2020. Selon cette statistique, une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) pouvait réaliser, toutes activités confondues (ligne « total ») un revenu de CHF 4'276.-. Compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises (41.7 heures), cela représentait CHF 4'457.- par mois ($4'276 \times 41.7 / 40 = 4'457$) ou CHF 53'488.- par an. En l'absence de données disponibles pour l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (2023), il y avait lieu d'indexer ce montant selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS) pour une femme en 2022 (tableau T1.2.10), ce qui correspondait à CHF 54'222.- ($53'488 \times 109.4 / 107.9 = 54'222$), respectivement CHF 43'377.-, compte tenu d'une exigibilité de 80%. Pour 2024, l'intimé a repris à l'identique le calcul du revenu avec invalidité effectué pour l'année 2023, à ceci près qu'il a accordé en sus une réduction forfaitaire de 10% sur le montant de CHF 43'377.- précité, aboutissant ainsi à CHF 39'040.-. Quant au revenu sans invalidité, l'intimé l'a déterminé en fonction du dernier salaire obtenu avant l'atteinte à la santé. Selon les données de la Vaudoise (dossier AI, doc 88, p. 364), l'assurée aurait réalisé un salaire horaire de CHF 21.36 en 2021, ce qui correspondait à CHF 13'884.- au taux d'activité effectif de 25% et CHF 55'536.- pour un plein temps, soit CHF 56'109.- après indexation selon le tableau T1.2.10 de l'ISS pour l'année 2022 ($55'536 \times 107.7 / 106.6 = 56'109$). Dans la mesure où ce revenu était de toute manière supérieur au revenu statistique réalisable par une femme dans une activité correspondant à la ligne 77-82 du tableau TA1, tirage « skill level », adaptée à la durée normale du travail dans ce secteur (41.8 heures) et à l'ISS 2022 (CHF 50'741.-), la prise en compte de 95% de ce revenu statistique médian (en lieu et place du revenu sans invalidité qui aurait été perçu en 2022) n'avait pas lieu d'être. En comparant les revenus avec et sans invalidité pour l'année 2023, la perte de gain était de CHF 12'732.- (soit CHF 56'109.- sous déduction de CHF 43'377.-) et le degré d'invalidité de 23% [$(56'109 - 43'377) \times 100 / 56'109 = 22.69\%$, arrondi à 23%]. En comparant les revenus avec et sans invalidité pour l'année 2024, la perte de gain était de CHF 17'069.- (soit CHF 56'109.- sous déduction de CHF 39'040.-) et le degré d'invalidité de 30% [$(56'109 - 39'040) \times 100 / 56'109 = 30.42\%$, arrondi à 30%].

E. 9.2

En tant que l'intimé a calculé le degré d'invalidité effectué non seulement au moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente (2023), mais aussi au moment de la décision litigieuse (2024), la chambre de céans constate que ce double calcul met en œuvre correctement la jurisprudence précitée (ci-dessus : consid. 8.4) et n'appelle aucune critique. Cela vaut également pour le revenu sans invalidité. Le revenu avec invalidité comporte en revanche des erreurs de calcul (exprimées en écarts de quelques francs) au niveau du revenu annuel et du montant résultant de son indexation. On constate toutefois que les corrections à apporter n'ont pas de répercussions concrètes sur le degré d'invalidité. En effet, le revenu statistique de CHF 4'276.- précité (ci-dessus : consid. 9.1), adapté à la durée normale du travail (41.7 heures) est de CHF 4'457.73.- par mois ou CHF 53'492.76 par an, ce qui représente CHF 54'236.40 après indexation à l'ISS de 2022 ($53'492.76 \times 109.4 / 107.9 = 54'236.40$), respectivement CHF 43'389.12 au vu de l'exigibilité de 80%. En tenant encore compte, pour l'année 2024, d'une réduction forfaitaire de 10% sur ce dernier montant, on

obtient CHF 39'050.21. La comparaison des revenus aboutit ainsi une perte de gain de CHF 12'719.88 (CHF 17'058.79 avec la déduction de 10%) et à un degré d'invalidité de 22.66%, arrondi à 23% (30.40%, arrondi à 30% en 2024 ; cf . ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Concernant la prise en compte d'un abattement de 10% pour l'année 2024, elle se justifie en application de l'art. 26 bis al. 3 RAI révisé, entré en vigueur le 1 er janvier 2024. Au regard de l'ATF 150 V 410 précité, relatif à l'art. 26 bis RAI dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2022 au 31 décembre 2023, on peut certes se demander s'il y aurait lieu d'accorder un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité dès 2023. La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement – ce qui est le cas en l'espèce –, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_431/2021 du 26 janvier 2022 consid. 5.2). La question du bien-fondé d'un éventuel abattement de 10% en 2023 (accordé en raison de circonstances autres que la diminution de rendement) peut toutefois demeurer indéterminée, sachant que le degré d'invalidité de 30% qui en résulterait serait de toute manière trop faible pour ouvrir droit à une rente.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

E. 11

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1 bis LAI). *** 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.