

# **GE\_GERICHTE A/4102/2024 vom 17. April 2025**

GE Cour de justice, 2025-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4102\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4102_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/4102/2024 du 17 avril 2025

IT: GE\_GERICHTE A/4102/2024 del 17 aprile 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**

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité postérieurement au 30 septembre 2023.

### **E. 3.1**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (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<sup>er</sup> 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

### **E. 3.2**

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée le 7 janvier 2021 et le délai d'attente est venu à échéance au plus tôt au mois de juin 2021, de sorte que le droit éventuel à une rente d'invalidité est né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ( cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Par conséquent, les dispositions légales applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

### **E. 4**

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, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références). 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'article 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. 5.1**

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

### **E. 5.2**

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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 5.3**

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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.

#### **E. 5.4**

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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

##### **E. 5.4.1**

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

##### **E. 5.4.2**

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. 5.4.3**

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des 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. 5.4.4**

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 contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

### **E. 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 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

### **E. 6.2**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple

raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 7**

En premier lieu, il convient d'examiner le début du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, au vu des positions divergentes des parties sur ce point. À teneur de la décision litigieuse, l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité, rétroactive et limitée, du 1<sup>er</sup> février 2022 au 30 septembre 2023. Dans sa réponse du 28 janvier 2025, il a toutefois indiqué que, dans son rapport du 4 mai 2022, le Dr D\_\_\_\_\_ avait vu la recourante pour la première fois le 7 septembre 2020 dans le contexte de son récent licenciement, cette dernière présentant depuis lors une symptomatologie anxieuse et dépressive évoluant depuis quelques semaines. Au vu de ces éléments, l'intimé a admis que l'incapacité de travail durable était médicalement justifiée dès le 7 septembre 2020, de sorte que le droit à la rente était ouvert dès le 7 septembre 2021. Dans son mémoire de réplique du 6 février 2025, la recourante a en revanche fait valoir que le début du délai d'attente, soit le début de l'incapacité de travail, était intervenu le 2 juin 2020, à savoir la date à partir de laquelle le Dr C\_\_\_\_\_ a traité la recourante pour son état anxieux et dépressif suite à son licenciement. Le délai d'attente d'une année était donc échu le 2 juin 2021, de sorte que le début du droit à la rente correspondait au mois de juillet 2021, soit six mois après le début du dépôt de la demande de prestations (7 janvier 2021).

### **E. 7.1**

L'art. 6 LPGA décrit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Est incapable de travailler au sens de l'art. 6 1<sup>ère</sup> phr. LPGA la personne qui ne peut plus exercer l'activité professionnelle effectuée jusqu'alors, qui ne peut plus l'exercer que d'une manière limitée ou qui ne peut l'exercer qu'en courant le risque d'aggraver son état de santé. L'incapacité de travail correspond donc à une perte ou à une limitation fonctionnelle de la capacité d'accomplir un acte physique ou une action mentale (limitation de la capacité de rendement). Il s'agit d'examiner selon une approche fonctionnelle si l'intéressé peut ou non effectuer tous les actes qui constituent son activité professionnelle individualisée ou seulement certains d'entre eux et, cas échéant, pendant combien de temps. La seule appréciation médico-théorique de la capacité de travail n'est pas déterminante, soit

l'évaluation dans l'abstrait de l'atteinte à la santé d'après des critères médicaux, sans tenir compte des effets concrets du déficit fonctionnel sur l'exercice d'une certaine profession et des possibilités de gain qui subsistent. Peu importe également les conséquences (immédiates) de la limitation de la capacité de rendement sur le plan financier, soit le point de savoir si la personne assurée continue à percevoir son salaire pendant l'arrêt de travail ou perçoit des revenus de remplacement de la part de tiers. L'incapacité de travail est par ailleurs une notion objective ; l'appréciation subjective que fait la personne assurée de son état de santé et de son incapacité à exercer sa profession n'est pas prise en considération (Margit MOSER-SZELESS in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 19 et 20 ad art. 6 LPGA et les références ; concernant la notion d'incapacité de travail, voir également l'ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références). Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (365). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20% suffit en principe à ouvrir la période d'attente. Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il convient de se fonder sur les circonstances du cas concret auxquelles appartiennent notamment la constatation d'une diminution des prestations fournies, une remontrance de l'employeur ou des absences fréquentes liées à l'état de santé. Les entraves à la capacité de travail doivent en d'autres termes se manifester lorsque l'assuré était au service de son ancien employeur. Une constatation rétroactive et médico-théorique de la capacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. À moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite par rapport à ses collègues pendant la durée des rapports de travail n'est pas décisif. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions spéculatives, mais doit être établi avec le degré habituel de la vraisemblance prépondérante (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 13 ad art. 28 LAI ; pratique VSI 1998 p. 126 ; ATAS/988/2023 du 13 décembre 2023 consid. 7.2.1). L'art. 29ter RAI énonce qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2).

## **E. 7.2**

En l'occurrence, il ressort du certificat médical établi par le Dr C\_\_\_\_\_ en date du 15 juin 2020 que la recourante était en incapacité de travail du 2 au 30 juin 2020. Dans un questionnaire complété le 5 février 2021, l'employeur de la recourante a indiqué que l'intéressée était en incapacité de travail totale du 2 juin au 9 août 2020, puis dès le 7 septembre 2020. Dans son rapport du 4 novembre 2020, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation, réaction mixte, dépressive et anxieuse (code F43.22 de la CIM-10) au début de la prise en charge en date du 6 septembre 2020, précisant que l'intéressée présentait, depuis son licenciement, une symptomatologie anxieuse et dépressive évoluant depuis plusieurs semaines. Ce spécialiste a notamment relevé, s'agissant de l'anamnèse en relation avec l'incapacité de travail, que la recourante rapportait une tension interne liée à des ruminations autour de son licenciement.

En outre, dans un rapport du 4 mai 2022, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait prescrit un antidépresseur et un anxiolytique dès le 6 juin 2020. Enfin, par lettre du 28 juillet 2020 adressée à l'employeur, la recourante a expliqué que son licenciement avait été un choc tel qu'elle était en arrêt total de travail depuis le 2 juin 2020. L'ensemble de ces éléments permet donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail, consécutive au choc provoqué par le licenciement, est survenue le 2 juin 2020 déjà . Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimé, le fait que le Dr C\_\_\_\_\_ ne soit pas un médecin spécialiste en psychiatrie n'apparaît pas pertinent dès lors que le constat d'une diminution des prestations fournies, d'une remontrance de l'employeur ou d'absences fréquentes liées à l'état de santé suffisent pour déterminer le moment où l'incapacité de travail est survenue. Il est au demeurant relevé qu'en date du 2 juin 2020, la recourante était en incapacité de travail alors qu'elle était encore employée par son ancien employeur, son licenciement lui ayant été notifiée le 25 mai 2020 avec effet au 31 août 2020. Au surplus, aucune interruption notable de l'incapacité de travail ne saurait être retenue, au sens de la disposition susvisée, dès lors que la recourante n'a pas été apte au travail pendant 30 jours consécutifs.

### **E. 7.3**

Au vu de ce qui précède, il sera retenu que l'incapacité de travail de la recourante est survenue le 2 juin 2020, de sorte que le début du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est intervenu à cette date.

### **E. 8**

En second lieu, la chambre de céans relèvera que, selon la Dre M\_\_\_\_\_, la recourante ne présentait pas de diagnostic actif sur le plan psychiatrique, ni de limitation fonctionnelle en lien avec un diagnostic psychiatrique ( cf. rapport de la Dre M\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2024, p. 2), ce que la recourante a d'ailleurs admis dans son mémoire de recours en alléguant que, sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était entière ( cf. mémoire de recours, p. 12). Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère comme établi que la recourante ne souffre d'aucun diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur sa capacité de travail. Il s'agit donc d'examiner le présent cas du point de vue de l'atteinte somatique de la recourante.

### **E. 9**

S'agissant de l'examen du droit à la rente d'invalidité, la recourante conteste en substance toute amélioration de son état de santé dès le 1 er octobre 2023 ayant pour effet de limiter la rente d'invalidité octroyée par l'intimé au 30 septembre 2023.

#### **E. 9.1**

Dans un projet de décision du 1 er décembre 2023, l'intimé s'est prononcé pour la première fois sur la capacité de travail de la recourante en se fondant sur les éléments médicaux recueillis par la SUVA et lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1 er février 2022 au 30 septembre 2023 uniquement, la considérant comme apte au travail à 100% dès le 19 juin 2023, le droit à la rente étant ainsi supprimé trois mois après l'amélioration de son état de santé. Se faisant, l'intimé s'est manifestement fondé sur le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 19 juin 2023 à teneur duquel la reprise d'une activité professionnelle sédentaire pouvait être envisagée dès le mois de septembre 2023, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : des déplacements de courte durée et les changements de position, mais éviter le port de charges importantes de plus de 10 kg sur des déplacements courts, les

marches importantes ainsi que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. La recourante a toutefois contesté le projet de décision susvisée en se fondant sur les rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ des 2 janvier et 19 février 2024 par lesquels ce médecin traitant a retenu que, même en tenant compte des limitations fonctionnelles (l'impossibilité d'avoir la position assise ou debout prolongée, d'effectuer des flexions répétées de genou telle que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers, la position accroupie ou demi-accroupie ainsi que le port de charges lourdes à partir de 10 kg), une capacité de travail de 100% ne lui paraissait « pas imaginable ». Quant à la question de savoir si l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux était compatible avec les limitations fonctionnelles identifiées, il a répondu par la négative au motif que, si une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait, en théorie, possible, celle-ci n'était pas réaliste dès lors que la recourante ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur (trois à quatre fois sur une période de 30 minutes). Il lui était toutefois impossible de déterminer un taux de capacité résiduelle de travail ou un éventuel rendement attendu, laquelle était du ressort d'un médecin du travail au moyen d'une mise en situation concrète ( cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 19 février 2024). Invité à se prononcer sur les conclusions susvisées du Dr Q\_\_\_\_\_, le SMR a estimé, dans avis du 27 mars 2024, que ce médecin traitant ne s'était pas clairement prononcé sur le taux de capacité de travail, de sorte qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise orthopédique, confiée par l'intimé au Dr S\_\_\_\_\_.

## **E. 9.2**

Il convient donc d'examiner, ci-après, la valeur probante du rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ et de confronter les conclusions de ce dernier aux autres éléments médicaux figurant au dossier.

### **E. 9.2.1**

En premier lieu, la chambre de céans constate que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ du 5 août 2024 répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Sur le fond, l'expert S\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, que la recourante souffrait de douleurs et raideurs persistantes du genou gauche et de status après AMO de la plaque vissée du tibia proximal gauche, arthrolyse arthroscopique, mobilisation sous narcose du genou gauche, section des ailerons interne et externe (subtotale) et débridement d'un ancien hématome du tibia ainsi que de troubles de l'adaptation (réaction mixte dépressive et anxieuse évoluant depuis septembre 2020). Sur cette base, il a considéré que la recourante pouvait exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité essentiellement sédentaire, avec alternance des positions assise et debout à la guise de la recourante, sans port de charges, sans marche en terrain irrégulier et sans devoir monter ou descendre des pentes ou des escaliers de manière répétée. De courts déplacements à plat étaient possibles. L'activité habituelle qui se déroulait essentiellement en position assise, sans port de charges et avec de courts déplacements à plat pouvait être adaptée aux limitations fonctionnelles susvisées. Une diminution de la capacité de travail 50% lui paraissait toutefois justifiée, probablement depuis septembre 2023, en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires ( cf. rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ du 5 août 2024, p. 12). Se prononçant sur le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, le SMR a indiqué, dans un avis du 12

août 2024, que l'expert avait retenu une capacité de travail de 50% sans préciser pour quelle raison l'activité habituelle n'était pas adaptée, ni préciser pourquoi la capacité de travail résiduelle était diminuée de moitié. Il convenait donc de retenir que l'activité habituelle de gestionnaire de service contentieux était une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : une activité essentiellement sédentaire, sans port de charges, dans le cadre de laquelle l'assurée pouvait alterner à sa guise la position debout avec la position assise (table de travail à hauteur variable) et effectuer de courts déplacements à plats. Elle devait par ailleurs éviter tous les métiers qui impliquaient de porter des charges, de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers ainsi que les marches importantes et l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. La chambre de céans relève cependant qu'il ressort de la description du poste de travail dans l'activité habituelle (comptable à temps complet/service contentieux), que ladite activité correspondait certes à celle d'une activité sédentaire (utilisation bureautique, téléphone, fax et courriels), mais que l'intéressée officiait également en qualité de responsable de l'économat, ce qui impliquait la manutention de charges pouvant peser jusqu'à 10 kg et des déplacements au sein de l'entreprise, la recourante étant en outre chargée de l'organisation d'événements pour le compte de son employeur ( cf. compte rendu de l'entretien entre un collaborateur de la SUVA et la recourante du 31 mai 2021, p. 1 et 2). Il s'avère ainsi que l'activité habituelle était une activité de bureau à 100%, dont 75% du temps s'effectuait en position assise (travail à l'ordinateur) et 25% en position debout ( cf. descriptif de la place de travail par l'employeur du 6 juillet 2023). Il apparaît ainsi que l'activité habituelle de comptable, pour laquelle il était nécessaire de se tenir debout pendant une partie importante de la journée de travail (25%) et de porter des charges dans le cadre des tâches dévolues à la gestion de l'économat de l'entreprise, ne correspond pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR et les Drs S\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.

### **E. 9.2.2**

Par ailleurs, la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, telle que retenue par l'intimé sur la base de l'avis du SMR, est contestée par les conclusions des Drs S\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. En effet, l'expert S\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50% en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires dus à celle-ci. Pour sa part, le Dr Q\_\_\_\_\_ ne s'est pas expressément prononcé sur un taux de capacité de travail spécifique, mais a tout de même contesté, dans son principe, la capacité de travail entière dans une activité adaptée, au vu de l'impossibilité, pour la recourante, de garder la position assise ou debout pendant une période prolongée, en précisant à cet égard qu'en tenant compte d'une capacité diminuée, une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait théoriquement possible, mais pas réaliste, au motif que l'intéressée ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur. Ce besoin fréquent de changer de position a d'ailleurs également été constaté par le Dr Q\_\_\_\_\_ qui a indiqué avoir lui-même constaté, en consultation, que la recourante s'était levée trois à quatre fois sur une période de trente minutes ( cf. rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ du 19 février et du 4 juillet 2024). Le même constat a été effectué par la Dre M\_\_\_\_\_ qui a relevé, chez la recourante, la nécessité de se lever et de bouger 30 fois par heure pour soulager les douleurs déclenchées par l'immobilisation de son genou ( cf. rapport de la Dre M\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2024). Dans un rapport du 20 mars 2024, le physiothérapeute traitant de la recourante a aussi indiqué que l'intéressée se trouvait dans l'incapacité de rester assise pendant de longues périodes en raison d'une gêne articulaire ( cf. rapport de M. R\_\_\_\_\_ du

20 mars 2024). Dans ces circonstances, il sera retenu que l'appréciation du cas par l'intimé ne permet pas d'établir clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier de savoir si celle-ci est véritablement donnée dans l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux. Or, pour se voir conférer pleine valeur probante, l'appréciation de la situation médicale doit être claire et les conclusions des experts dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Quant à l'argument de la recourante selon lequel il serait difficilement envisageable de considérer que le marché du travail actuel offre les conditions qui lui permettraient encore de trouver un emploi et d'exercer une activité lucrative avec le rendement, l'efficacité et l'engagement requis au vu des limitations fonctionnelles qu'elle présente (se lever et bouger trente fois par heure), les éléments médicaux susmentionnés, permettent d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne présenterait plus aucune capacité résiduelle de travail. En définitive, ni l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, qui ne répond pas clairement à la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur, ni les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, qui se limite à tenir pour impossible une capacité de travail entière sans se déterminer sur un taux de capacité de travail spécifique, ne permettent de trancher le litige, étant au demeurant relevé qu'aucun de ces deux spécialistes ne s'est prononcé sur la question d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

### **E. 9.3**

Par conséquent, l'intimé ne pouvait pas valablement se fonder sur l'avis du SMR et écarter le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ ainsi que les rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ sans poursuivre l'instruction de la cause, étant relevé que ces deux médecins sont des spécialistes en chirurgie orthopédique.

### **E. 10**

L'intimé n'ayant pas suffisamment instruit la question de la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'il interroge à nouveau l'expert S\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur ( cf. ci-dessus) ainsi que sur une éventuelle baisse de rendement en découlant. Il conviendra, en outre, que l'intimé mette en œuvre toute autre mesure permettant de déterminer à satisfaction de droit les limitations fonctionnelles et la capacité de travail médico-théorique de la recourante.

#### **E. 10.1**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce

contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle ( cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). Dans un arrêt du 22 novembre 2022, la chambre de céans a annulé la décision de l'office querellée et lui a renvoyé la cause pour mise en œuvre d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles au titre de mesure d'instruction, comme le demandait la personne recourante selon laquelle un tel stage aurait le mérite de l'éclairer sur les réelles possibilités de travail et d'emploi et de jauger ainsi sa capacité de travail réelle, et surtout, conformément à un arrêt de renvoi précédent, afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail ( ATAS/1021/2022 du 22 novembre 2022 consid. 9.9). Par arrêt du 13 juin 2023, la chambre de céans a également annulé la décision de l'OAI et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sous forme d'un stage d'information et d'orientation professionnelles afin de déterminer les répercussions concrètes de l'affection médicale du recourant sur sa capacité de travail, et donc aussi son éventuel degré d'invalidité, et de connaître quelles seraient les professions dans lesquelles une capacité de travail complète ou partielle de l'intéressé pourrait être utilisée, ce sous l'angle d'un éventuel droit tant à une rente qu'à des mesures professionnelles, et enfin nouvelle décision ( ATAS/433/2023 du 13 juin 2023 consid. 7.5).

## **E. 10.2**

En l'occurrence, les Drs Q\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont suggéré que l'examen de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle soit effectuée par un médecin spécialiste en médecine du travail, en situation réelle. Dans ces circonstances, la chambre de céans est d'avis que les constatations médicales figurant au dossier doivent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, afin de déterminer de manière concrète dans quelle mesure la recourante est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail, ainsi qu'une éventuelle baisse de rendement qui

serait identifiée dans le cadre de la mesure d'observation professionnelle. Conformément à la jurisprudence susvisée, il s'agira de soumettre à l'expert S\_\_\_\_\_ les résultats de la mesure d'observation professionnelle suivie par la recourante afin qu'il se détermine clairement sur ces différents éléments, en collaboration étroite avec l'organe d'observation professionnelle qui aura examiné les aptitudes professionnelles concrètes de la recourante.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, les critiques de la recourante concernant le calcul de la perte de gain, l'éventuel abattement devant être retenu ainsi que l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail, restent, à ce stade, sans objet. La chambre de céans ne se prononcera donc pas à ce sujet dans le cadre de la présente procédure.

#### **E. 12.1**

En conclusion, le recours sera partiellement admis, la décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, dans le sens des considérants.

#### **E. 12.2**

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée à titre de participation aux frais et dépens à la recourante, qui est assistée d'un conseil et obtient gain de cause sur ses conclusions subsidiaires (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

#### **E. 12.3**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (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.