

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1270/2025

ATAS/26/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2026

Chambre 1

En la cause

A _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Amélie FIGUET MAYSTRE, présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1984, titulaire d'un permis C, a suivi l'école obligatoire au Brésil. Elle est divorcée et mère de deux enfants, nés en 2010 et 2013.

b. Le 3 novembre 2022, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué souffrir de la maladie de Madelung et avoir été en arrêt de travail à 100% du 10 avril au 1^{er} octobre 2017, puis du 24 juillet au 4 novembre 2018, et enfin du 28 mars au 20 mai 2022. Elle était suivie depuis 2017 par la docteure B_____, spécialisée en chirurgie de la main.

c. Dans un questionnaire sur son statut du 22 novembre 2022, l'assurée a indiqué ne pas exercer d'activité professionnelle et ne pas en avoir exercé avant l'atteinte à la santé ; elle s'occupait en effet de ses enfants. Si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité à 100% en qualité de serveuse, car elle avait maintenant le temps, ses deux enfants allant à l'école.

d. À teneur d'un questionnaire rempli par l'assistante sociale de l'assurée auprès de l'Hospice général, celle-ci avait achevé, en 2021, une formation aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) dans le domaine de la restauration. Sa dernière activité rémunérée datait de 2011, en qualité de serveuse. Elle travaillait à 20% car sa petite fille était à la maison. Elle avait arrêté cette activité en raison des douleurs liées à sa maladie et parce qu'elle avait eu son premier enfant. L'assurée avait bénéficié de mesures de réinsertion socioprofessionnelle aux EPI en 2021. Aujourd'hui, son état de santé ne lui permettait pas, selon elle, de se réinsérer.

e. Selon un rapport établi le 25 novembre 2022 par la docteure C_____, spécialisée en chirurgie de l'épaule, de la main, du poignet et du coude, l'assurée souffrait de la maladie de Madelung du poignet droit et gauche ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales. Sa première opération du poignet gauche avait eu lieu le 10 avril 2017. Elle avait par ailleurs été opérée à plusieurs reprises du poignet droit, dont la dernière fois le 28 mars 2022. Elle souffrait de douleurs chroniques du poignet, de raideurs et d'une diminution de la force. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, l'assurée étant en mesure d'effectuer une activité manuelle adaptée à ses douleurs, peu répétitive et ne nécessitant pas de port de charge.

f. Dans un rapport du 12 décembre 2022, la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué ne pas avoir revu sa patiente depuis le mois de mai 2022. Elle l'avait par ailleurs vue trois fois en 2021 et une fois en 2020. Elle souffrait de tendinites scapulaires, de la maladie de Madelung aux deux poignets et d'asthme depuis l'enfance. En 2018, elle avait subi une chirurgie sur conflit ulno-carpien du poignet gauche. L'assurée souffrait par ailleurs de

dépression, traitée par Cipralex, sans incidence sur la capacité de travail. La Dre D_____ n'avait pas traité d'autres pathologies. En mai 2022, l'assurée se plaignait de scapulalgies. N'ayant pas vu sa patiente depuis six mois, elle n'était pas en mesure de donner d'informations fiables sur la possibilité que l'assurée exerce une activité professionnelle adaptée et, cas échéant, à quel taux. Elle était limitée, depuis plusieurs mois, dans l'accomplissement de ses tâches ménagères en raison de scapulalgies répétées, voire insomniantes.

g. Dans un avis du 28 février 2023, le docteur E_____, médecin du Service médical-régional de l'OAI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte à la santé incapacitante une maladie de Madelung bilatérale ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales, évoluant vers une arthrose des poignets. Le début de l'incapacité de travail durable était le 10 avril 2017. Sa capacité de travail était de 0% dans l'activité habituelle (serveuse) et dans une activité adaptée depuis le 10 avril 2017. En revanche, dès le 25 novembre 2022, sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, compte tenu du rapport de la Dre C_____. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les mouvements répétés des poignets, le port de charges de plus de 5 kg et les manutentions.

h. Dans une note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 6 mars 2023, l'OAI a retenu un statut actif pour l'assurée, au motif que celle-ci avait annoncé dans le questionnaire qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé, ce qu'elle avait confirmé lors d'un entretien téléphonique du 19 décembre 2022.

i. Dans un avis sur mandat de réadaptation du 25 avril 2023, l'OAI a retenu que compte tenu du profil de l'assurée, de son niveau de formation, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail, des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage, n'étaient pas simples et adéquates et dès lors pas indiquées. Par ailleurs, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général, un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée. L'évaluation théorique de l'invalidité devait se baser sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Compte tenu du parcours professionnel de l'assurée, il n'était pas possible de déterminer avec exactitude le revenu sans invalidité. Pour évaluer la perte de gain, il convenait de se baser sur les mêmes tabelles statistiques pour un emploi simple (ESS ligne Total, pour une femme, niveau 1), pour le revenu sans et avec invalidité. Partant, l'incapacité de travail se confondait avec la perte de gain. En l'espèce, la capacité de travail étant pleine dans une activité adaptée, aucune perte de gain n'était observée et des mesures n'étaient pas indiquées.

j. Par projet de décision du 2 mai 2023, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, son invalidité étant nulle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) et des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

k. Il ressort d'une note téléphonique du 30 mai 2023 que l'assurée a pris contact avec l'OAI pour faire part de son opposition au projet de décision. Elle estimait ne pas être en mesure de travailler dans une activité adaptée car elle allait prochainement subir encore une opération. Elle était par ailleurs très limitée dans les gestes quotidiens avec ses mains.

l. Par décision du 6 juillet 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

m. À teneur d'une note d'entretien téléphonique figurant au dossier, l'assurée a appelé l'OAI le 13 juillet 2023 pour indiquer qu'elle avait des opérations prévues et qu'au vu de son atteinte à la santé, elle n'avait pas d'énergie à mettre dans une procédure avec un avocat. Son interlocuteur à l'OAI lui a indiqué qu'il lui était loisible de redéposer une demande quelques mois plus tard, étant précisé qu'elle devrait dans un tel cas prouver que son état de santé avait connu une aggravation depuis la décision du 6 juillet 2023.

n. La décision du 6 juillet 2023, non contestée, est entrée en force.

B. a. Le 23 août 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI

b. Dans un rapport du 20 octobre 2023, le docteur F_____, spécialisé en médecine interne et travaillant au département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assurée présentait des douleurs aux deux poignets et également des paresthésies sur le majeur à gauche. Elle présentait cliniquement des signes de conflit ulno-carpien bilatéralement et des signes du tunnel carpien à gauche. La force était réduite de manière significative, soit à 4kg, des deux côtés. Les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient la maladie de Madelung bilatérale et de l'arthrose radio-ulnarienne distale et radiocarpienne à gauche. Elle avait été opérée à plusieurs reprises depuis 2017 et jusqu'en 2022, et avait bénéficié de multiples séances de physiothérapie. Elle présentait actuellement une gêne sans la plaque d'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna au poignet gauche, pour laquelle elle allait bénéficier d'une intervention chirurgicale prévue le 30 novembre 2023, à savoir une ablation de la plaque d'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna au poignet gauche. Elle avait des difficultés tant pour effectuer son travail de serveuse que dans les activités de la vie de tous les jours. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pourrait toutefois être effectuée. Elle devait bénéficier d'une prise en charge auprès de l'AI pour envisager un reclassement professionnel, ses deux membres supérieurs ne lui permettant pas une activité manuelle.

c. Dans un avis du 22 novembre 2023, le Dr E_____, du SMR, a estimé que l'état de l'assurée était stationnaire depuis la dernière décision de l'OAI. En effet, selon toute vraisemblance et sans complication, l'opération chirurgicale projetée

était susceptible de justifier une incapacité de travail totale transitoire de quelques semaines au maximum.

d. Par projet de décision du 7 décembre 2023, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'examen du dossier ne montrant aucun changement depuis la première demande.

e. Par courrier du 10 janvier 2024, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, indiquant qu'elle continuait à avoir mal malgré l'opération effectuée le 30 novembre 2024. Elle avait par ailleurs eu un accident le 4 décembre 2023, s'étant cassé la jambe. Elle avait subi une nouvelle opération et était actuellement immobilisée à la maison.

f. À teneur d'une lettre de sortie des soins aigus du 15 décembre 2023, l'assurée avait été opérée deux jours auparavant en raison d'une fracture de la malléole postérieure gauche, de type Haraguchi, avec lésion du ligament tibio-fibulaire antérieur. L'intervention s'était déroulée sans complication. Elle devait porter une botte plâtrée pendant six semaines.

g. Dans un avis du 23 janvier 2024, le Dr E_____, du SMR, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et n'était pas stabilisé. Il convenait d'interroger les médecins de l'assurée au sujet de ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'activité de serveuse n'étant plus exigible.

h. Dans un rapport établi le 8 mai 2024, le docteur G_____, spécialisé en chirurgie et ayant opéré l'assurée de la cheville aux HUG, a mentionné une évolution globalement favorable à cinq mois de l'opération. La cicatrice était belle, la dorsiflexion à 10°-0°-50° ; l'assurée présentait une amyotrophie du mollet et des douleurs à la palpation de la plaquette du Tight Rope. En raison de l'atteinte à sa cheville, elle souffrait d'une limitation du périmètre de marche. Elle n'était, selon lui, pas en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, à savoir qu'elle était incapable de faire du service, de marcher toute la journée et de travailler debout. Le traitement actuel était du paracétamol et le port d'une attelle.

i. Dans un avis du 11 juin 2024, le Dr E_____, du SMR, a considéré que compte tenu de l'évolution post opératoire favorable – à savoir des douleurs ne survenant qu'en cas de marche prolongée et des limitations fonctionnelles qui ne semblaient pas incompatibles avec une capacité de travail dans une activité adaptée –, il convenait de réaliser une expertise orthopédique pour établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail, l'évolution des incapacités de travail et la capacité de travail résiduelle.

j. Par courrier du 18 juin 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait confier la réalisation d'une expertise orthopédique au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

k. L'expert a transmis son rapport d'expertise à l'OAI le 23 septembre 2024. Il a retenu les diagnostics suivants :

- maladie de Madelung des deux poignets ;
- status après ostéotomie de raccourcissement de l'ulna gauche en avril 2017 ;
- status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche en novembre 2023 ;
- arthrose radio-carpienne gauche et arthrose radio-ulnaire distale gauche ;
- status après ostéotomie correctrice radiale et cubitale droite en juillet 2018 ;
- status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet droit en avril 2022 ;
- status après fracture de la malléole postérieure de la cheville gauche et lésion syndesmotique en décembre 2023.

L'expert a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- les marches prolongées en terrain irrégulier ;
- le port de charges supérieures à 5 kg ;
- les travaux nécessitant une importante force de préhension avec les deux mains ;
- les travaux nécessitant des mouvements répétés des poignets et des deux mains ;
- l'usage d'outils vibrants.

S'agissant de l'évolution au jour de l'expertise, l'expert a retenu que la situation médicale était stabilisée pour les suites de la fracture de la cheville gauche, l'assurée ayant recouvré un périmètre de marche satisfaisant. Le bilan radiologique montrait toutefois un développement de trouble dégénératif tibio-talien gauche particulièrement entre le talus et la malléole interne. On pouvait craindre dans le futur une arthrose de la cheville nécessitant d'autres mesures médico-chirurgicales.

L'évolution après prise en charge d'une maladie de Madelung du poignet droit était satisfaisante avec une mobilité préservée du poignet et l'absence de trouble dégénératif significatif au niveau radio-carpien. Du côté du poignet gauche, l'évolution était moins favorable puisque la prise en charge effectuée en avril 2017 n'avait porté que sur un raccourcissement ulnaire sans prise en charge de la surface articulaire radiale du poignet gauche. Une autre intervention du poignet gauche avait été proposée à l'assurée.

Il existait un potentiel de réadaptation dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. En cas de prise en charge chirurgicale du poignet gauche, on

s'attendait à une incapacité de travail entière pour une durée probable d'environ six mois.

L'assurée disposait de ressources. Elle parlait le portugais, le français parfaitement et avait des connaissances en espagnol et italien. Elle était indépendante pour la tenue du ménage. Elle entretenait des bonnes relations avec sa famille brésilienne vivant à Genève et prodiguait et recevait un soutien affectif de ses enfants. Elle se projetait dans une reprise professionnelle future, dans une activité ne requérant pas d'effort avec les membres supérieurs, par exemple dans la vente ou comme agente d'accueil.

La capacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse était de 0% depuis 2017, date de la découverte de la maladie de Madelung. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, avec un temps de présence maximal quotidien de 8,5 heures. La capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès juillet 2024, soit à compter d'environ six mois après la fracture de la cheville gauche. En cas de prise en charge chirurgicale du poignet gauche, il fallait s'attendre à une incapacité de travail totale dans toutes activités pour environ six mois.

Selon l'expert, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par d'autres mesures médicales.

l. Dans un avis du 28 novembre 2024, le Dr E_____, du SMR, s'est fondé sur les conclusions de l'expertise précitée pour retenir une capacité de travail dans une activité adaptée de 0% dès le 10 avril 2017, puis de 100% dès le 25 novembre 2022, puis à nouveau de 0% dès le 13 décembre 2023 (opération de la cheville gauche), et de 100% dès le 1^{er} juillet 2024 (soit six mois après l'opération).

m. Dans un projet de décision du 9 décembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

n. Par courrier du 6 janvier 2025, l'assurée s'est opposée au projet de décision. En raison de ses douleurs au niveau des mains et des bras, elle se sentait incapable de travailler. Par ailleurs, une opération était prévue prochainement pour calmer les douleurs et stopper les fourmillements. Entretemps, une infiltration ostéo-articulaire était planifiée le 17 janvier 2025.

o. Le 7 mars 2025, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport médical établi le 4 mars 2025 par la docteure I_____, spécialisée en chirurgie de la main, à teneur duquel il était mentionné que l'assurée souffrait encore de douleurs de la face dorsale du carpe, secondaire à sa maladie de Madelung. L'infiltration réalisée le 17 janvier 2025 avait partiellement amélioré les douleurs. Il restait toutefois des douleurs de fond avec une limitation de l'utilisation de son poignet avec notamment une flexion-extension limitée à 30-0-40°, une inclinaison radio-ulnaire à 30-0-10° et une prosupination à 70-0-80°. La force de serrage était de 8kg à droite versus 2kg à gauche lors de la dernière consultation. Il n'y avait pas beaucoup d'options chirurgicales pour cette patiente, excepté une arthrodèse

radioscapho-ulnaire avec pour conséquence une perte de 50% de mobilité du poignet gauche et 20% de la force. Vu le jeune âge de l'assurée, l'idée était de pousser au maximum le traitement conservateur avant cette chirurgie palliative. L'assurée était d'accord avec cette prise en charge. La Dre I_____ ne prévoyait donc pas de la revoir prochainement.

p. Dans un avis du 10 mars 2025, le Dr E_____, du SMR, a considéré que le rapport de la Dre I_____ ne permettait pas de remettre en question les conclusions de l'expert, étant relevé que ce dernier avait pris en compte, dans son analyse, l'éventualité de cette opération susceptible, selon lui, d'entraîner une incapacité de travail totale de six mois.

q. Par décision du 11 mars 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une aggravation de l'état de santé de l'assurée dès le 13 décembre 2023. Dès cette date, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle. Selon l'OAI, l'assurée avait récupéré une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2024. Ainsi, la modification de l'état de santé de l'assurée ayant duré moins d'un an, elle n'était pas durablement incapacitante au sens de la loi et elle n'était donc pas de nature à lui ouvrir un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sous forme de rente. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées dans sa situation.

C. a. Par acte du 9 avril 2024, l'assurée a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales). Elle se sentait incapable de travailler car cela déclenchait des douleurs au niveau des mains et des bras. Elle avait consulté son médecin qui avait décidé de faire une opération consistant à raccourcir l'os et mettre une prothèse qui réduirait fortement sa mobilité à ce niveau. Elle n'était pas disposée à faire cette opération, mais il s'agissait malheureusement du seul moyen de calmer les douleurs et stopper les fourmillements. Elle souffrait depuis des années à cause de sa maladie, elle ne savait plus quoi faire. Elle n'arrivait pas à trouver un travail car elle avait mal partout. Même à la maison, elle commençait à avoir des sensations s'aggravant de plus en plus. À l'appui de son recours, elle a produit des pièces médicales figurant dans le dossier examiné par l'expert, à savoir notamment : les comptes-rendus opératoires des interventions des 24 juillet 2018 et 28 mars 2022, une radiographie de son poignet droit du 24 février 2023 et le rapport du Dr F_____ du 20 octobre 2023 déposé à l'appui de sa demande AI. La recourante a également produit le rapport de la Dre I_____ du 4 mars 2025, joint à son opposition au projet de décision du 9 décembre 2024.

b. Dans sa réponse du 6 mai 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, tant sur son aspect objectif que subjectif : l'anamnèse et les examens médicaux étaient complets, l'intégralité du dossier médical de la recourante avait été

examiné dans le détail, ses plaintes avaient été entendues et les conclusions de l'expert étaient motivées et cohérentes. Les rapports des médecins traitants de la recourante avaient quant à eux une valeur moindre, parti étant naturellement pris de leur patiente. En tout état, les pièces médicales apportées par la recourante n'étaient pas en contradiction avec les conclusions de l'expert.

c. Invitée à déposer son éventuelle réplique d'ici au 10 juin 2025, la recourante ne s'est pas manifestée dans le délai imparti.

d. Les autres faits seront, en tant que de besoin, repris dans la partie en droit ci-dessous.

EN DROIT

1.

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 LAI.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

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.

2.

2.1 Le 1^{er} 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.

2.2 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). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

2.3 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en février 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 23 août 2023 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.

3.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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 de la décision 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 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

3.2 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 (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

3.3 En l'espèce, la recourante conteste que son état de santé lui permette de travailler. Partant, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de lui nier le droit à une rente d'invalidité.

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

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).

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

5.

5.1 En vertu de l'art. 28b 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).

5.2 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 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24^{septies} RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

5.3 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique 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).

5.4 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 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

5.5 Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont ainsi basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.368/04 du 28 juillet 2005).

6.

6.1 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 l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et

quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI).

6.2 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).

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.

6.2.1 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.2.2 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 ; 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).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

6.2.3 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 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).

6.2.4 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).

7. 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 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).

8. 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).
9. En l'espèce, dans la décision litigieuse du 11 mars 2025, l'intimé a retenu, en se fondant sur les conclusions du SMR des 28 novembre 2024 et 10 mars 2025, elles-mêmes fondées sur le rapport d'expertise du Dr H_____, que la recourante avait connu une aggravation de son état de santé dès le 13 décembre 2023 – date à compter de laquelle elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle –, mais que dès le 1^{er} juillet 2024, elle avait récupéré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé.

La recourante conteste cette appréciation, soutenant ne pas être en mesure de travailler en raison des douleurs dont elle indique souffrir. À l'appui de son recours, elle a produit des pièces médicales figurant dans le dossier examiné par l'expert ainsi que le rapport de la Dre I_____ du 4 mars 2025, joint à son opposition au projet de décision du 9 décembre 2024.

Dans la mesure où l'intimé fonde sa décision sur le rapport d'expertise du Dr H_____, il convient d'en examiner la valeur probante.

9.1 À titre liminaire, la chambre de céans relève que le rapport de l'expert a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont les rapports médicaux sont exposés et résumés sur plusieurs pages. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale, médicale et professionnelle complète et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée. Il a notamment interrogé l'intéressée dans le cadre d'un entretien ouvert, puis de façon plus détaillée sur ses antécédents, ses divers troubles, leur apparition et l'évolution des limitations, les traitements et la gestion des troubles au quotidien. L'expertisée a pu décrire le travail qu'elle occupait avant son atteinte à la santé, sa journée-type et s'exprimer sur ses plaintes et ses troubles de la santé. L'expert a posé des diagnostics clairs et évalué la cohérence et la plausibilité, ainsi que les ressources et les capacités de l'intéressée. Il a énuméré les restrictions retenues et s'est déterminé sur la capacité

de travail, dans l'activité habituelle et dans un métier adapté. Ses conclusions, dûment motivées, sont convaincantes.

Partant, le rapport d'expertise, établi en pleine connaissance du dossier, après des examens complets et une analyse approfondie de la situation, en tenant compte des doléances de l'intéressé, répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître *prima facie* une pleine valeur probante.

Sur le fond, l'expert a retenu les mêmes diagnostics que les médecins traitants de la recourante, à savoir une maladie de Madelung bilatérale, un status après ostéotomie de raccourcissement de l'ulna gauche en avril 2017, un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche en novembre 2023, une arthrose radio-carpienne gauche et arthrose radio-ulnaire distale gauche, un status après ostéotomie correctrice radiale et cubitale droite en juillet 2018, un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet droit en avril 2022 et un status après fracture de la malléole postérieure de la cheville gauche et lésion syndesmotique en décembre 2023. Les pièces médicales figurant au dossier ne contiennent pas de diagnostics différentiels.

L'expert, tout comme les médecins traitants de la recourante, a considéré que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de serveuse était nulle depuis 2017, soit depuis la découverte de la maladie de Madelung.

S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert a retenu que sa capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : les marches prolongées en terrains irréguliers, les ports de charges de plus de 5 kg, les travaux nécessitant une importante force de préhension avec les deux mains, les travaux nécessitant des mouvements répétés des deux poignets et des deux mains et l'usage d'outils vibrants.

En ce qui concerne les membres supérieurs, les conclusions de l'expert concordent avec celles des médecins consultés par la recourante. En effet, le Dr F_____ a considéré, dans son rapport du 20 octobre 2023 joint à sa seconde demande, qu'une activité professionnelle adaptée à son état de santé pourrait être effectuée. De même, la Dre C_____ a indiqué, dans son rapport du 25 novembre 2022, que la recourante était en mesure d'effectuer une activité manuelle adaptée à ses douleurs, peu répétitive et ne nécessitant pas de port de charges, de sorte que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée. S'agissant du rapport de la Dre I_____ du 4 mars 2025, celui-ci ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Les limitations d'utilisation du poignet gauche qui y sont décrites, lesquelles sont relatives notamment à une flexion-extension limitée et à une force de serrage réduite à gauche, ont été constatées et prises en considération par l'expert dans son rapport. S'agissant de la chirurgie palliative projetée, elle était déjà envisagée au moment de l'expertise, de sorte que l'expert s'est prononcé sur les conséquences de cette

opération, qui est, selon lui, susceptible d'entraîner une incapacité de travail entière dans toute activité d'environ six mois.

S'agissant des membres inférieurs, si le Dr G_____ a indiqué, dans son rapport du 8 mai 2024, qu'en raison de son atteinte à la cheville, la recourante n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, il ressort de ses explications qu'il se référerait en réalité à son activité de serveuse, puisqu'il indique qu'elle était incapable de faire du service, de marcher toute la journée et de travailler debout. Le Dr G_____ a pour le reste noté une évolution globalement favorable depuis l'intervention du mois de décembre 2023. Quant à l'expert, il a relevé dans son rapport que la recourante avait recouvré un périmètre de marche satisfaisant. À cet égard, il sera noté que la recourante ne se plaint plus de sa cheville dans son recours, concentrant son argumentation sur ses atteintes aux poignets qui, selon elle, l'empêcheraient de travailler.

9.2 Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas fourni d'éléments objectifs précis qui seraient de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert et qui justifieraient ainsi, d'un point de vue médical, de mettre en œuvre un complément d'instruction. En effet, elle n'a produit aucun rapport de son médecin ou d'un autre professionnel de la santé, dans lequel les constatations et conclusions de l'expert et du SMR seraient contestées.

Partant, le caractère probant de l'instruction médicale menée par l'intimé doit être confirmé, de sorte qu'il convient de se rallier aux conclusions de l'expert au sujet de la capacité de travail de la recourante.

C'est donc à juste titre que l'office intimé a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

La chambre de céans retiendra ainsi, conformément aux conclusions du rapport d'expertise et du SMR, que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité à compter du 10 avril 2017, puis entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 25 novembre 2022, puis à nouveau nulle dès le 13 décembre 2023 (date de l'opération de la cheville gauche), et entière à compter du 1^{er} juillet 2024. Son incapacité de travail dans toute activité depuis le dépôt de sa demande ayant duré moins d'une année, c'est à juste titre que l'office intimé a constaté que les conditions d'ouverture du droit à une rente n'étaient pas données.

9.3 Pour le surplus, le calcul de l'invalidité opéré par l'intimé est conforme au droit.

Le choix de l'intimé de fonder le revenu d'invalidité et de valide en fonction des statistiques doit être confirmé puisque, d'une part, la recourante n'a pas repris d'emploi après son invalidité et, d'autre part, elle n'a que très peu travaillé en Suisse. Son dernier revenu de personne valide n'apparaît ainsi pas représentatif de ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser en bonne santé.

Dans les situations où les revenus de valide et d'invalides sont fixés sur les mêmes tables statistiques, il est inutile de chiffrer précisément ces deux revenus, le taux d'invalidité se confondant avec le taux d'incapacité de travail.

Il en découle que l'intimé était fondé à nier le droit de la recourante à une rente, compte tenu de l'absence d'incapacité de gain.

10. Par conséquent, le recours est rejeté.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le