

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/180/2024

ATAS/156/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 mars 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1966, d'origine congolaise, en Suisse depuis 1985, au bénéfice d'un permis C, sans formation, a travaillé dans divers domaines (vente, nettoyage, ...) jusqu'en 2002.
  - b.** Elle émarge à l'Hospice général et a bénéficié d'un stage d'évaluation à l'emploi en 2019 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (cf. rapport du 20 septembre 2019).
- B.**
- a.** Le 5 novembre 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
  - b.** Dans un rapport du 26 février 2021, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin traitant, a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis juillet 2013 en raison des atteintes suivantes : obésité, diabète, hypertension artérielle et asthme.
  - c.** Par pli daté du 8 avril 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
  - d.** Dans un rapport du 29 avril 2021, le professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un *genu valgum* bilatéral avec excès pondéral, une arthrose fémoro-tibiale externe et une ostéotomie fémorale inférieure droite de valgisation. En raison de la persistance de douleurs au genou droit et d'importantes douleurs au genou gauche, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée. Il convenait d'éviter la station debout prolongée, les positions agenouillée ou accroupie, les escaliers et le port de charges et de privilégier la position assise, car l'assurée ne pouvait marcher que quelques dizaines de mètres.
  - e.** Une échographie de l'épaule gauche a mis en évidence une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs, avec fissuration non transfixiante du supra-épineux, une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne et une ténosynovite du tendon du long chef du biceps (cf. rapport du 7 mars 2022 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).
  - f.** Le 19 mai 2022, le Prof. C\_\_\_\_\_ a attesté d'une gonarthrose bilatérale sur *genu valgum* important (avec, à droite, une ostéotomie fémorale externe en 2018 et, à gauche, une aggravation de la gonarthrose externe), des douleurs cervicales et un excès de poids. Les douleurs importantes au genou gauche (prothèse en suspens) et quelques douleurs au genou droit avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Une capacité de travail de moins de 50% dans une activité en position assise était exigible, en raison des troubles à l'épaule gauche et aux membres inférieurs.
  - g.** Le 31 mai 2022, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le diabète II, l'hypertension, la drépanocytose et la thalassémie avaient des répercussions sur la capacité de

travail, nulle depuis 2013. Il lui était impossible d'évaluer le nombre d'heures de travail par jour dans une activité adaptée.

**h.** Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale, effectuée en raison de scapulalgies gauches, a mis en évidence des dessiccations discales étagées, une protrusion discale en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, mais sans conflit radiculaire, ainsi qu'une discrète uncarthrose en C5-C6 (docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, rapport du 14 juin 2022).

**i.** Une échographie des coudes a montré une épicondylite latérale aiguë des deux côtés. Il existait une « irrégularité des reliefs osseux : arthropathie sous-jacente ? Á confronter à un bilan radiographique » (cf. rapport du 14 mars 2023 de la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).

**j.** Une échographie des épaules a révélé une importante déchirure des tendons sus-épineux, potentiellement transfixiante associée à une bursite sous-acromio-deltaïdienne modérée. Il était recommandé de compléter l'examen par une IRM, compte tenu de la morphologie de l'assurée, pour préciser la situation (cf. rapport du 14 mars 2023 de la Dre F\_\_\_\_\_).

**k.** Le 13 juillet 2023, à la demande de l'OAI, l'assurée a été examinée par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie auprès de SWISS EXPERTISES MÉDICALES Sàrl (ci-après : SEM).

Dans un rapport non daté, adressé le 20 juillet 2023 à l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status post-ostéotomie de valgisation du genou droit stable, un status de gonarthrose bilatérale stable, une obésité morbide, une tendinopathie fissuraire des épaules stabilisée et un status post-épicondylite bilatérale stabilisée.

La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle (nettoyage ou vente) était nulle depuis 2003, mais était restée de 80% dans toute activité adaptée (100%, avec une baisse de performance de 20% en raison de l'atteinte dégénérative des genoux), hormis durant les mois de février à avril 2018, en raison de l'intervention chirurgicale au genou droit.

Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les stations debout de plus de 30 minutes, les stations assises de plus d'une heure, les échelles, la position agenouillée et la marche sur terrain accidenté. La capacité de travail pouvait encore être améliorée par des traitements.

**l.** Le 3 août 2023, le SMR a retenu qu'en raison d'une gonarthrose bilatérale stable, l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle depuis le 29 juillet 2013. Elle avait en revanche toujours conservé une capacité de travail de 80% dans un poste adapté, hormis du 1<sup>er</sup> février au 31 avril 2018. Était décrite comme adaptée une activité légère, sédentaire, s'exerçant principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assurée, sans stations debout de plus de 30 minutes, ni stations assises de plus d'une heure,

permettant d'éviter l'usage d'échelles, la position agenouillée et la marche sur terrain accidenté.

Les diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'AI étaient : l'obésité, le diabète et une hypertension artérielle traités.

**m.** Le 7 août 2023, l'OAI a calculé le degré d'invalidité. S'agissant du revenu d'invalidité, il s'est basé sur celui que l'assurée pourrait obtenir en exerçant à 80% une activité simple et répétitive (niveau 1) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS, TA1\_tirage\_skill\_level) 2012, indexé à 2013, sous déduction d'un abattement de 15% afin de tenir compte de l'âge, des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible (soit CHF 35'219.-). Pour déterminer le revenu sans invalidité, vu l'absence d'activité lucrative depuis de nombreuses années, il convenait de se fonder sur celui tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS (niveau 1, TA1\_tirage\_skill\_level) 2012, indexé à 2013, exercée à 100% (soit CHF 51'793.-). Il résultait de la comparaison des salaires un degré d'invalidité de 32%.

**n.** Le 25 septembre 2023, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles ne seraient ni simples, ni adéquates, l'assurée étant sans formation et sans emploi depuis plus de 20 ans.

**o.** Le 29 septembre 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

**p.** L'assurée a contesté ce projet en faisant valoir que l'expertise était lacunaire, que les diagnostics retenus suite aux échographies effectuées les 13 et 14 mars 2023 aux épaules et aux coudes n'avaient pas été retenus par l'expert et que, dès lors, c'était à tort que l'expert avait conclu à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Selon elle, son incapacité de gain était totale.

**q.** Par décision formelle du 1<sup>er</sup> décembre 2023, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Il a considéré que si, depuis le 29 juillet 2013, sa capacité à exercer son activité habituelle était nulle, l'exercice à 80% d'une activité adaptée était exigible depuis mai 2018. La demande de prestations ayant été déposée en novembre 2020, le droit à la rente n'aurait pu naître qu'à compter de mai 2021.

La comparaison des gains aboutissait à un degré d'invalidité de 32%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de ces activités était adapté aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assurée, si bien qu'une orientation professionnelle n'était pas nécessaire, pas plus que d'autres mesures professionnelles, vu la situation de l'assurée.

- C. a.** Par acte du 17 janvier 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi de prestations, notamment une rente d'invalidité.

La recourante soutient que le rapport d'expertise ne peut se voir reconnaître de valeur probante dès lors, notamment, que le Dr G\_\_\_\_\_ a omis de retenir plusieurs diagnostics figurant au dossier et n'a pris en considération aucune limitation fonctionnelle pour les épaules et les coudes.

À l'appui de ses conclusions, elle produit un rapport établi par le Dr B\_\_\_\_\_ en date du 1<sup>er</sup> décembre 2023, qui émet l'avis qu'en raison des multiples atteintes articulaires et tendineuses s'ajoutant à un diabète et à des allergies, la recourante aurait des difficultés à accomplir la moindre activité.

- b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 février 2024, a conclu au rejet du recours.

Il argue que l'expert a tenu compte des atteintes aux membres supérieurs, mais n'a pas retrouvé de limitations fonctionnelles y relatives.

L'intimé se réfère à un avis émis le 15 février 2024 par le SMR, qui considère que le rapport du médecin traitant du 1<sup>er</sup> décembre 2023 n'apporte aucun élément médical objectif nouveau. Les diagnostics retenus étaient connus de l'expert, qui en a tenu compte. Seul le diagnostic de gonarthrose a été retenu comme incapacitant, avec des limitations fonctionnelles. S'agissant des épaules, l'expert n'a pas mis en évidence, à l'examen clinique, de limitations articulaires, ni de signes cliniques pour une atteinte tendineuse, raison pour laquelle il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles pour les épaules. Les radiographies de mars 2023 confirment les diagnostics de tendinite des épaules et des coudes, mais, cliniquement, l'expert a considéré que les atteintes étaient stabilisées et qu'elles n'entraînaient ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail.

- c.** Dans sa réplique du 15 mars 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

**d.** Le 12 décembre 2024, elle a produit un bilan radiographique des épaules et des genoux effectué le 3 avril 2024 (cf. rapport du 4 avril 2024 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie), un bilan de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche par arthro-IRM effectuée le 3 avril 2024 (cf. rapport du 5 avril 2024 du Dr I\_\_\_\_\_), ainsi qu'un rapport du Prof. C\_\_\_\_\_ du 16 avril 2024.

- e.** Copie de ces écritures et pièces ont été adressées à l'intimé.

**f.** Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **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 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.

**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.

**1.3** La procédure devant la Cour 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).

**1.4** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prestations de l'intimé.

### **3.**

**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 (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**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 ayant été déposée en novembre 2020, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement

au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

**4.**

**4.1** 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).

**4.2** 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

**4.3.1** 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).

**4.3.2** 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.

**4.3.3** 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).

**4.3.4** 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).

**4.3.5** 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 ; 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).

**4.3.6** 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 Nr. 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).

5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## 7.

**7.1** En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante souffre d'une gonarthrose bilatérale stable qui l'a empêchée totalement d'exercer son activité habituelle depuis le 29 juillet 2013. Selon lui, elle a toutefois recouvré une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé depuis mai 2018. L'intimé se fonde sur le rapport du SMR du 3 août 2023 qui se rallie aux conclusions du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, dont la recourante conteste la valeur probante en invoquant notamment les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ et du Prof. C\_\_\_\_\_.

**7.2** Il convient donc d'examiner quelle valeur probante peut être accordée au rapport d'expertise du SEM.

Si, au plan formel, ce rapport contient tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence – soit, notamment, une anamnèse, un résumé du dossier et des diagnostics –, la Cour de céans est toutefois d'avis que ses conclusions n'emportent pas la conviction, pour les motifs qui suivent.

L'expert a retenu, à titre de diagnostics, un status post-ostéotomie de valgisation du genou droit stable, un status de gonarthrose bilatérale stable, une obésité morbide avec un BMI supérieur à 35, une tendinopathie fissuraire des épaules stabilisée et un status post-épicondylite bilatérale stabilisée.

On relèvera déjà que l'expert n'a ni spécifié quels étaient les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante, ni indiqué la gravité de chaque atteinte.

S'agissant des troubles aux genoux, l'expert a relevé que les symptômes de la recourante n'étaient pas « validés par l'examen du jour » et que les douleurs persistantes au genou gauche étaient « non retrouvées à l'examen somatique » (expertise ch. 6.1 et 6.2). Ces indications semblent toutefois peu compatibles avec les pièces versées au dossier. En effet, la recourante consulte régulièrement et depuis plusieurs années le Prof. C\_\_\_\_\_ pour ses troubles, étant relevé que leur importance est telle que l'indication d'une intervention chirurgicale au genou gauche a été posée de longue date par ce spécialiste (cf. rapports des 29 avril 2021 et 19 mai 2022), ce que le Dr G\_\_\_\_\_ ne conteste au demeurant pas. En outre, la radiographie des genoux effectuée le 3 avril 2024, soit quatre mois seulement après la décision litigieuse, a attesté l'existence d'une gonarthrose tricompartmentale bilatérale, qualifiée d'importante au niveau fémoro-tibial externe et fémoro-patellaire, de modérée au niveau fémoro-tibial interne des deux

côtés (cf. rapport du 4 avril 2024 du Dr I\_\_\_\_\_). On note encore que l'expert a qualifié la gonarthrose bilatérale de « stable », alors même que le Prof. C\_\_\_\_\_ fait état d'une « aggravation progressive » (cf. rapport du 19 mai 2022), sans que cette divergence n'ait fait l'objet d'une discussion de la part du Dr G\_\_\_\_\_.

S'agissant des épaules, l'expert retient, de manière contradictoire, l'absence de diagnostic à l'examen somatique (p. 13 expertise) et une tendinopathie fissuraire des épaules stabilisée (p. 18 expertise). En outre, l'indication du Dr G\_\_\_\_\_ concernant les douleurs rapportées par la recourante au niveau des épaules, « non retrouvées à l'examen somatique », paraît également peu compatible avec les éléments figurant au dossier. En effet, force est de constater qu'en raison des douleurs à l'épaule gauche en particulier, des examens paracliniques ont été effectués les 7 mars et 14 juin 2022. La recourante a d'ailleurs encore été soumise, en raison de ses douleurs invalidantes, à une échographie des épaules, en date du 14 mars 2023, soit quatre mois avant l'expertise. Une importante déchirure des tendons sus-épineux associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée a alors été constatée des deux côtés. Il était en outre précisé que l'examen était limité par la morphologie de la patiente, de sorte qu'il était recommandé de le compléter par une IRM (cf. rapport du 14 mars 2023 de la Dre F\_\_\_\_\_). Au vu de cette recommandation, l'expert aurait à tout le moins dû, avant de rendre ses conclusions, solliciter ce complément. En effet, il résulte de l'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 3 avril 2024, soit quatre mois seulement après la date déterminante de la décision litigieuse, que la recourante présente une omarthrose marquée associée à une arthrose acromio-claviculaire modérée, une ténosynovite fissuraire importante de la partie proximale et intra-articulaire du long chef du biceps sans signe de rupture complète, un labrum d'aspect dégénératif, fissuraire et désinséré dans sa partie supérieure avec une extension dans le plan du long chef du biceps, une déchirure partielle de la surface articulaire du sus-épineux, occupant plus de 50% de l'épaisseur tendineuse avec une extension dans le plan interstitiel du sus-épineux et sous-épineux sans argument pour une déchirure transfixiante ainsi qu'une déchirure partielle mesurant 11 mm du sous-scapulaire sans signe de luxation du long chef du biceps (cf. rapport du 5 avril 2024 du Dr I\_\_\_\_\_). Si ce rapport a certes été établi postérieurement à la date de la décision litigieuse, le 1<sup>er</sup> décembre 2023, il n'en demeure pas moins qu'il se réfère à des constatations médicales étroitement liées à l'objet litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, de sorte que sa teneur ne saurait être, d'emblée, écartée, ce d'autant moins que les diagnostics figurant dans ce rapport mettent sérieusement en doute les conclusions auxquelles a abouti l'expert concernant les atteintes dont souffre la recourante à son épaule gauche.

S'agissant des coudes, l'expert a retenu que la recourante présente uniquement un status post-épicondylite bilatérale stabilisée, ce qui ne saurait, au vu des éléments figurant au dossier, être confirmé, dès lors qu'il est fait état de l'existence

éventuelle d'une arthropathie et de la nécessité d'effectuer un bilan radiographique (cf. rapport du 14 mars 2023 de la Dre F\_\_\_\_\_), complément que l'expert n'a pas non plus sollicité avant de rendre ses conclusions.

Pour l'ensemble de ces motifs, les diagnostics retenus par l'expert n'apparaissent pas suffisamment convaincants.

**7.3** S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu que l'intéressée présentait uniquement des limitations fonctionnelles en raison des atteintes aux membres inférieurs. Sa capacité à exercer son activité habituelle était nulle depuis de nombreuses années, mais totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% (hormis de février à avril 2018).

En l'état, au vu des doutes existants concernant les diagnostics retenus par l'expert, la capacité de travail résiduelle constatée par ce dernier n'apparaît pas non plus convaincante, étant encore relevé que l'appréciation divergente du Prof. C\_\_\_\_\_ – qui a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée (cf. rapports des 29 avril 2021 et 19 mai 2022) –, n'a fait l'objet d'aucune discussion de la part du Dr G\_\_\_\_\_ (expertise p. 17, ch. 6.2).

Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans est d'avis que le rapport d'expertise du SEM ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ne saurait fonder une base fiable pour se prononcer, de manière définitive, sur les atteintes de la recourante, les limitations fonctionnelles qui en découlent et la capacité de travail.

**7.4** Par ailleurs, les autres pièces versées au dossier ne permettent pas non plus de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les diagnostics présentés par la recourante.

Les rapports établis par le SMR ne sont, en l'occurrence, pas déterminants pour statuer sur l'objet du litige, dès lors qu'il s'est contenté de se rallier aux conclusions de l'expertise du SEM.

La Cour de céans ne saurait non plus se fonder sur les rapports succincts et peu étayés établis par le Dr B\_\_\_\_\_ et le Prof. C\_\_\_\_\_.

Partant, les pièces au dossier ne permettent pas de confirmer que, depuis mai 2018, la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

Au vu des carences de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et du fait que les répercussions des éventuelles autres atteintes n'ont pas du tout été analysées par l'intimé, un renvoi de la cause pour instruction complémentaire s'impose.

- 8.** Il convient donc d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse, de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction du dossier, en interrogeant les médecins traitants et en mettant en œuvre une nouvelle

expertise, puis se prononce à nouveau sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est assistée d'un avocat, a droit à des dépens, fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

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 l'intimé.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 1<sup>er</sup> décembre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.-, à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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