

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3967/2024

ATAS/297/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 avril 2025

Chambre 5

En la cause

A _____
représentée par Me Stéphane CECCONI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1969, nettoyeuse, a été victime d'un accident de travail en date du 18 juin 2020. Elle a trébuché sur le câble de son aspirateur et est tombée du côté droit, ce qui a déclenché d'importantes douleurs dans son épaule droite. Le cas a été annoncé par son employeur à la caisse nationale suisse en matière d'accident (ci-après : SUVA), qui a retenu les diagnostics suivants : contusion de la hanche ; déchirure partielle par désinsertion des deux tiers superficiels du tendon supra-épineux associée à une bursite sous-acromiale réactionnelle avec épanchement liquidien interne de l'épaule droite ; douleurs lombaires basses.
- b.** L'assurée a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OAI) qui a enregistré la demande en date du 24 novembre 2020. Elle a indiqué comme atteinte à la santé une déchirure partielle par désinsertion des deux tiers superficiels du tendon du supra-épineux associé une rétraction locale de l'épaule droite, une déchirure partielle des ischio-jambiers et disarthrose L3 – L4 ainsi que de l'arthrose dans les deux genoux et ceci depuis le 18 juin 2020. Elle était suivie par la docteure B _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et par le docteur C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
- B.** **a.** Par courrier du 19 juillet 2024, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps. Selon les constatations retenues par l'OAI, le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 71% à son activité professionnelle et pour les 29% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Une incapacité de travail totale était reconnue dès le 18 juin 2020. À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 1^{er} juin 2021, l'incapacité de gain était de 100% ce qui ouvrait le droit à une rente entière dès cette date. Suite à une amélioration de l'état de santé, l'OAI retenait que l'assurée avait une capacité de travail de 100% dès le mois de février 2023.
- b.** Par courrier du 13 août 2024, la Dre B _____, a contesté le projet de décision, en considérant que l'incapacité de travailler à 100% depuis le 18 juin 2025 n'avait pas cessé car les pathologies douloureuses chroniques ou récidivantes de l'assurée se poursuivaient. Elle joignait, en annexe, plusieurs rapports médicaux, notamment un rapport de consultation ambulatoire de suivi de chirurgie du genou, rédigé le 23 mai 2023, par les docteurs D _____, chef de clinique et E _____, médecin adjoint agrégé, tous deux travaillant au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ainsi qu'un rapport de consultation ambulatoire initiale pour paresthésies de la main gauche, rédigé le 8 août 2024, par les docteurs

F_____, cheffe de clinique et G_____ médecin interne, toutes deux travaillant au sein du même service des HUG.

c. Par décision du 28 octobre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 juillet 2024, en octroyant à l'assurée une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, depuis le mois de juin 2021 jusqu'au mois de mai 2023.

C. a. Par acte de son conseil déposé au guichet du greffe universel en date du 28 novembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 28 octobre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans). Elle a conclu à l'annulation de la décision et à ce qu'une rente d'invalidité complète à compter du 1^{er} juin 2021, non limitée dans le temps, lui soit octroyée, subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI afin qu'il complète son instruction et rende une décision dans le sens des considérants. L'assurée alléguait que l'OAI s'était fondé exclusivement sur l'appréciation de la SUVA, sans tenir compte des troubles de la santé qui n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 18 juin 2020.

b. Par réponse du 6 janvier 2025, l'OAI a considéré qu'au vu des éléments produits dans le cadre du recours l'instruction du dossier n'avait pas tenu compte de la situation complète et ne s'était fondée que sur l'évaluation réalisée par la SUVA. Comme le soulignait le service médical régional (ci-après : SMR) dans son avis médical du 9 décembre 2024, la SUVA ne s'était prononcée que sur l'évolution de l'atteinte accidentelle de l'épaule droite et n'avait pas tenu compte des atteintes à la santé pour raison de maladie de l'assurée soit : une gonarthrose bilatérale et des lombosciatalgies. Par conséquent, on ne pouvait pas considérer que l'état de santé de l'assurée était stabilisé en février 2023. Il convenait de reprendre l'instruction en demandant notamment : un rapport opératoire d'août 2024 ainsi que les rapports de consultation postopératoire pour la chirurgie de la main auprès du service d'orthopédie des HUG, le rapport d'orthopédie des HUG du 17 décembre 2024, le rapport du service de neurochirurgie des HUG avec les rapports des consultations spécialisées, un rapport du médecin traitant la Dre B_____, un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en rééducation de l'appareil locomoteur et médecine du sport puis, selon le cas, évaluer l'indication à demander une expertise rhumatologique et/ou orthopédique. La réponse de l'OAI du 6 janvier 2025 renvoyait à l'avis médical du SMR, l'intimé proposant le renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur le plan médical, estimant que le droit aux prestations ne pouvait être évalué en l'état.

c. Par courrier du 7 janvier 2025, la chambre de céans a interpellé le conseil de l'assurée en lui demandant si elle acquiesçait à la proposition de l'OAI de renvoi pour instruction complémentaire sur le plan médical. Celui-ci a d'abord demandé un délai supplémentaire avant de répondre, par courrier du 31 janvier 2025, que la recourante partageait l'appréciation du SMR de l'OAI selon lequel l'instruction du cas devait être poursuivie et concluait, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il

soit fait droit à sa conclusion subsidiaire tendant à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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 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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de mettre fin au droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au-delà du 31 mai 2023.
- 3.** 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.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3.1 Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel

changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

3.2 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.

3.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

3.4 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

3.5 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).

3.6 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).

- 4.** 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).

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 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 et la référence ; 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).
6. En l'espèce, le SMR de l'OAI confirme que la décision rendue s'est fondée uniquement sur l'appréciation de la SUVA qui ne tenait pas compte de l'intégralité des troubles de la santé de la recourante. L'OAI s'est donc déterminé en faveur du renvoi de la cause pour instruction complémentaire, étant précisé que le paragraphe 4 de la réponse du 6 janvier 2025, selon lequel l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, est de toute évidence erroné, le paragraphe ayant été probablement inséré par erreur dans le courrier du 6 janvier 2025 dès lors qu'il est totalement contradictoire à l'avis médical du SMR ainsi qu'à la prise de position de l'OAI en paragraphes 2 et 3 du même courrier.

La recourante acquiesce à la détermination de l'OAI dans son courrier du 31 janvier 2025.

Après examen du dossier, la chambre de céans constate que l'appréciation de l'OAI qui aboutit à la décision querellée s'est fondée sur l'appréciation de la SUVA qui s'était limitée à examiner les conséquences sur la santé de l'assurée des suites de l'accident du 18 juin 2020. Or, comme cela est démontré par les rapports médicaux annexés au mémoire de recours, l'assurée souffre d'autres

pathologies, sans lien avec l'accident et dont les effets sur la capacité de travail n'ont pas été examinés par l'OAI.

Partant, il se justifie, comme le proposent les parties, de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire selon l'avis médical du SMR du 9 décembre 2024, après quoi l'intimé devra rendre une nouvelle décision.

Néanmoins, la décision ne sera pas entièrement annulée, dès lors qu'il se justifie de maintenir le droit à la rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} juin 2021 au 31 mai 2023.

7.

7.1 Au vu de ces éléments, la chambre de céans confirme l'octroi de la rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2021 au 31 mai 2023, annule la décision du 28 octobre 2024 pour la période allant au-delà du 31 mai 2023 et renvoie le dossier à l'OAI afin de compléter l'instruction et de rendre une nouvelle décision.

7.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

7.3 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 du 28 octobre 2024 en ce qu'elle concerne le droit à la rente au-delà du 31 mai 2023 et renvoie la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction, au sens des considérants, puis rendre une nouvelle décision.
4. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 1'000.-, à la charge de l'intimé, à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Christine RAVIER

Philippe KNUPFER

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