

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4102/2024

ATAS/272/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 avril 2025

Chambre 5

En la cause

A _____
représentée par Me Michael RUDERMANN, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Monique STOLLER FULLEMANN et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1968, était employée comme aide-comptable pour le compte de GARAGE B_____ SA (ci-après : l'employeur), depuis le 1^{er} février 2000.
 - b.** Le 25 mai 2020, l'employeur a licencié l'assurée, avec effet au 31 août 2020, pour des raisons économiques.
 - c.** Selon des certificats médicaux établis dès le 15 juin 2020 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assurée était en incapacité de travail totale du 2 juin au 9 août 2020. Elle n'a plus travaillé par la suite.
 - d.** Dans un rapport du 4 novembre 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation, réaction mixte, dépressive et anxieuse (code F43.22 de la 10^e édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2008 [ci-après : CIM-10]) dès le 6 septembre 2020. Selon le spécialiste, le deuil de la perte de l'emploi, le lien qu'elle avait avec ses patrons et les circonstances du licenciement participaient encore à son état émotionnel fragile, avec le risque d'un effondrement thymique plus franc.
- B.**
- a.** Le 7 janvier 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
 - b.** Le 13 février 2021, l'assurée a été victime d'un accident. Selon la déclaration d'accident établie par l'employeur, le 22 février 2021, un de ses skis était parti dans la poudreuse, la faisant chuter et provoquant une fracture de son plateau tibial.
 - c.** Le cas a été pris en charge par la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) auprès de laquelle l'assurée était assurée en cas d'accidents.
 - d.** Dans le cadre de l'instruction de la demande déposée le 7 janvier 2021, l'OAI a recueilli le dossier de la SUVA.
 - e.** Selon un rapport du 13 février 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale à la Clinique et permanence de F_____, a retenu, sur la base d'imageries effectuées le même jour, le diagnostic de fracture de Schatzker de type 2 du plateau tibial du genou gauche.
 - f.** Selon une lettre de sortie du 2 mars 2021, établie par le professeur G_____ et les docteurs H_____ et I_____, respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecins au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des

Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée a subi une intervention chirurgicale du genou gauche en date du 18 février 2021 (réduction sous arthroscopie, allogreffe cylindrique 11 x 28 mm postérolatérale, réduction indirecte sous scopie de la partie antérieure de l'enfoncement comblé par de l'allogreffe en chips et ostéosynthèse par plaque anatomique LCP 3.5) et a été hospitalisée jusqu'au 25 février 2021. L'assurée était en incapacité de travail à 100% du 13 février au 16 mai 2021.

g. Selon deux certificats médicaux des 5 et 26 mai 2021, établis par les docteurs J_____ et K_____, respectivement médecin interne et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein des HUG, l'assurée était en incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2021.

h. Dans un rapport du 2 août 2021, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours justifiée en raison du genou raide, d'une lésion neurologique surajoutée (lésion iatrogène du nerf fibulaire traitée avec Pégabaline, mais qui n'était pas clairement diagnostiquée et qui était la cause de fortes douleurs) et d'une consolidation osseuse qui n'était pas acquise. Il était encore trop tôt pour envisager un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

i. Dans un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 23 septembre 2021, la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rapporté un premier fléchissement thymique au moment du licenciement de l'assurée ayant donné lieu à un suivi psychiatrique durant six mois qui avait permis une évolution favorable des symptômes sans traitement médicamenteux. Suite à son accident de ski en février 2021, l'assurée avait décrit une nouvelle baisse de la thymie depuis l'été 2021, constatant ses pertes fonctionnelles et en lien avec des douleurs invalidantes. Selon la Dre M_____, l'assurée présentait un état dépressif d'intensité modérée dans un contexte de douleurs chroniques, post fracture accidentelle.

j. Selon un rapport du Dr K_____ du 12 juin 2022, la rééducation avait été difficile à cause d'un *flexum* déjà présent, quatre à cinq semaines postopératoires, une irritation du nerf saphène et des douleurs mécaniques et neuropathiques. En raison de ces douleurs et du manque de mobilité, une intervention chirurgicale était prévue pour le mois de septembre suivant.

k. Selon un compte rendu opératoire du 17 septembre 2022 établi par le Dr K_____, l'assurée a subi, le 13 septembre 2022, une intervention chirurgicale, à savoir une ablation de matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO), un débridement d'un hématome du tibia distal, une arthrolyse arthroscopique extensible du genou gauche, ainsi qu'une mobilisation du genou et une section de l'aileron interne et externe (subtotale).

l. À teneur d'une lettre de sortie des soins de réadaptation musculo-squelettique du 14 octobre 2022, les docteurs N_____ et O_____, respectivement médecin interne et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation aux HUG, ont indiqué que l'assurée avait été hospitalisée du 16 septembre au 7 octobre 2022 pour une rééducation orthopédique. En fin d'hospitalisation, le périmètre de marche à l'aide de deux cannes anglaises était de 400 mètres, l'intéressée pouvant monter et descendre 36 marches d'escalier. Elle marchait sans son attelle, afin de favoriser la flexion et continuait à la porter la nuit, afin de maintenir l'extension.

m. Dans un rapport du 21 février 2023, la Dre M_____ a retenu le diagnostic de douleur chronique dès 2021 et un épisode dépressif moyen. Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique se poursuivait à une fréquence d'une consultation toutes les deux à quatre semaines et la durée du traitement était estimée à six mois.

n. Dans un rapport du 4 avril 2023, le Dr P_____ a relevé que les douleurs persistaient et que la réévaluation chirurgicale orientait vers un nouveau cycle de physiothérapie, incluant un apprentissage à l'autohypnose ciblant le *flexum*. Les douleurs étaient globalement identiques, avec une composante nociceptive musculaire sur la région du jambier antérieur et des muscles péroniers ainsi que sur le creux poplité. Le spécialiste a aussi relevé une composante neuropathique avec paresthésie sur la partie supéro-latérale de la jambe ainsi qu'une sensation d'étau du genou.

o. Le 19 juin 2023, le Dr L_____ a procédé à l'examen médical de l'assurée et a indiqué, dans un rapport du même jour, que l'intéressée montrait une boiterie évidente du membre inférieur gauche, avec des difficultés pour se mettre sur la pointe des pieds. Elle parvenait toutefois à marcher sur les talons. En position couchée, le spécialiste a noté un *flexum* peu réductible du genou gauche, d'environ 10°. La flexion dépassait les 110°, mais les douleurs étaient globales autour du genou en péri-patellaire. Il a retenu le diagnostic de status après fracture du genou gauche opéré en février 2021 (plateau tibial externe). L'évolution globale de ce genou était défavorable avec un *flexum* résistant aux traitements habituels. Au vu de l'évolution, à plus de deux ans de l'accident, la stabilisation définitive de la situation était atteinte. Il convenait toutefois d'obtenir plus de détails concernant la charge de travail, car le descriptif effectué par les services extérieurs en 2021 n'était pas suffisant. Sur la base des documents disponibles, la reprise d'une activité professionnelle sédentaire, permettant les déplacements de courte durée et les changements de position pouvait être envisagée. Cette activité ne devait pas prévoir le port de charges importantes de plus de 10 kg sur des déplacements courts, les marches importantes étaient à éviter, de même que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. En respectant ces limitations, la reprise d'une activité sédentaire pouvait être envisagée, dès le mois de septembre 2023. La détermination de la date exacte de reprise d'une activité professionnelle serait toutefois proposée en fonction du rapport radiologique demandé auprès des HUG et du descriptif du poste de travail par l'ancien employeur.

p. Dans son rapport du 23 juin 2023, le Dr K_____ a retenu le diagnostic principal de douleur chronique, soit des gonalgies gauches chroniques post-traumatiques (code MG30.20 selon la CIM-11) persistantes après chirurgies, avec une composante nociceptive musculaire et neuropathique, sur contexte de troubles de l'humeur. Après la mobilisation effectuée le 13 septembre 2022, la mobilité et notamment la flexion ne s'amélioraient quasiment pas, avec une persistance du *flexum*. La mise en place d'un stimulateur endo-médullaire semblait être une idée potentiellement favorable, dès lors qu'une solution chirurgicale n'était pas envisageable. Il ne prévoyait pas de revoir l'assurée, au vu du manque d'alternative thérapeutique.

q. Selon un rapport de radiographie du genou du 6 juillet 2023, l'assurée présentait, entre autres, une gonarthrose fémoro-patellaire avec ostéophytes patellaires ainsi que des calcifications méniscales, en lien avec une maladie des dépôts de pyrophosphate de calcium.

r. Le 6 juillet 2023 également, l'ancien employeur de l'assurée a indiqué que l'activité habituelle de « responsable de contentieux » consistait en une activité de bureau (tâches de comptabilité et diverses tâches administratives), l'organisation d'événements d'entreprise et la gestion de l'économat (faire les commandes et le lien avec les fournisseurs). L'activité était une activité de bureau à 100%, dont 75% en position assise et 25% en marchant. La position de travail était celle d'un travail à l'ordinateur.

s. Le 21 juillet 2023, le Dr L_____ a relevé une évolution clinique défavorable avec un *flexum* résistant et un bilan radiologique confirmant l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale de type pangonarthrose.

t. Dans un rapport du 28 juillet 2023, le docteur Q_____, médecin chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a retenu, à titre de limitations fonctionnelles en lien avec le genou gauche, que la position assise prolongée, la position debout prolongée, les flexions répétées du genou, la position accroupie et le port de charges lourdes étaient impossibles.

u. Par rapport du 8 août 2023, la Dre M_____ a indiqué qu'après trois mois, le traitement de Duloxétine n'avait pas montré d'efficacité franche concernant les symptômes douloureux, les symptômes dépressifs s'étant légèrement améliorés. L'assurée présentait une persistance de symptômes dépressifs légers en lien avec une acceptation difficile de ses douleurs chroniques survenues à la suite de son accident de ski. En raison d'effets indésirables et de l'absence d'indication formelle à un traitement antidépresseur, pour un épisode dépressif léger à moyen, le traitement était interrompu depuis le mois d'août 2023.

v. Dans un rapport du 11 septembre 2023, le Dr Q_____ a prescrit la poursuite du traitement de physiothérapie (neuf séances) dans un but d'amélioration de la fonction articulaire et musculaire du membre inférieur gauche dans sa globalité.

w. Dans une appréciation médicale du 10 novembre 2023, le Dr L_____ a confirmé que la reprise d'une activité professionnelle sédentaire était envisageable, à partir du mois de septembre 2023, aucun élément ne pouvant empêcher l'assurée de faire une activité de type sédentaire, sans port de charge.

C. a. Par projet de décision du 1^{er} décembre 2023, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière, basée sur un taux d'invalidité de 100%, du 1^{er} février 2022 au 30 septembre 2023 uniquement, l'assurée étant considérée comme apte au travail à 100%, dans toute activité, depuis le 19 juin 2023. Dès cette date, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité également, de sorte que le droit à la rente était supprimé trois mois après l'amélioration de son état de santé.

b. Dans un rapport du même jour, le Dr Q_____ a expliqué qu'aucune prise en charge chirurgicale n'était raisonnablement possible pour améliorer les symptômes et que les techniques actuelles étaient arrivées à leur terme d'efficacité, mis à part des injections de toxine botulique qui pouvaient apporter une amélioration potentielle de la symptomatologie.

c. Le 12 décembre 2023, l'assurée a contesté le projet de décision du 1^{er} décembre 2023. Elle n'était pas en mesure de déployer une activité professionnelle à 100% compte tenu, notamment, de ses douleurs permanentes. Elle a, en outre, fait valoir que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la SUVA, sur lesquelles l'OAI s'était fondé, étaient en réalité plus importantes.

d. Le 26 février 2024, l'assurée a adressé à l'OAI deux rapports du Dr Q_____. Dans un premier rapport, daté du 2 janvier 2024, ce spécialiste a indiqué qu'il lui était très difficile de répondre à la question de savoir si l'activité purement sédentaire retenue par le Dr L_____ était compatible avec les limitations fonctionnelles, notamment l'impossibilité d'une position assise prolongée et que l'aide d'un médecin du travail était essentielle pour mieux comprendre les positions habituelles au travail. Dans un rapport ultérieur du 19 février 2024, le Dr Q_____ a retenu qu'en tenant compte d'une capacité diminuée, une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait théoriquement possible, mais pas réaliste dans le sens où l'intéressée ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur. Après réflexion, l'activité exercée avant l'accident n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assurée et, compte tenu de l'accident et des limitations fonctionnelles, une activité – même adaptée aux contraintes (sédentaire et besoin de se lever fréquemment) – ne lui semblait pas imaginable à 100%.

e. Dans un rapport du 20 mars 2024, R_____, physiothérapeute au sein du Centre de physiothérapie et réentraînement de F_____, a confirmé que l'assurée continuait de présenter des difficultés pour marcher sans douleur et se trouvait dans l'incapacité de rester assise pendant de longues périodes en raison d'une gêne articulaire. Malgré la mise en place de différents traitements, à savoir, une

thérapie par restriction du flux sanguin, un traitement de *dry needling*, des séances de massage et des exercices de renforcement musculaire, son état restait inchangé et ses douleurs persistaient, constituant ainsi un obstacle majeur à sa rééducation.

f. Dans un avis du 27 mars 2024, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a proposé la réalisation d'une expertise orthopédique au vu des éléments contenus dans le rapport du Dr Q_____ du 2 janvier 2024 et du fait que ce dernier ne se prononçait pas clairement sur les taux de capacité de travail à retenir. Le mandat d'expertise a été confié au docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie.

g. Selon une note de suite du 4 juillet 2024, établie par le Dr Q_____, l'assurée devait se lever plusieurs fois pendant la consultation. Ce spécialiste a en outre suggéré la tenue d'une consultation chirurgicale afin d'évaluer l'opportunité d'une solution prothétique dans un avenir plus ou moins proche.

h. Par rapport d'expertise du 5 août 2024, le Dr S_____ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs et raideurs persistantes du genou gauche et de status après AMO de la plaque vissée du tibia proximal gauche, arthrolyse arthroscopique, mobilisation sous narcose du genou gauche, section des ailerons interne et externe (subtotale) et débridement d'un ancien hématome du tibia ainsi que des troubles de l'adaptation (réaction mixte dépressive et anxieuse évoluant depuis septembre 2020). Les limitations fonctionnelles étaient une activité essentiellement sédentaire, sans port de charges, dans laquelle l'assurée pouvait alterner à sa guise la position debout avec la position assise (table de travail à hauteur variable), de courts déplacements à plat étant possibles. Elle devait toutefois éviter tous les métiers impliquant le port de charges, la marche en terrain irrégulier ainsi que monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers. L'expert a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la assurée en raison des douleurs et des changements de position nécessaires.

i. Dans un avis du 12 août 2024, le SMR a estimé que les conclusions de l'expertise du Dr S_____ ne pouvaient pas être suivies au motif que l'expert avait retenu une capacité de travail de 50% sans préciser pour quelle raison l'activité habituelle n'était pas adaptée, ni préciser pourquoi la capacité de travail résiduelle était diminuée de moitié. Il convenait donc de retenir que l'activité habituelle de gestionnaire de service contentieux était une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : une activité essentiellement sédentaire, sans port de charges, dans le cadre de laquelle l'assurée pouvait alterner à sa guise la position debout avec la position assise (table de travail à hauteur variable), des courts déplacements à plat étant possibles. Le SMR a, en outre, indiqué que l'assurée ne devait pas porter des charges importantes (de plus de 10 kg) sur des déplacements courts. Elle devait éviter tous les métiers qui impliquaient de porter des charges, de marcher en terrain irrégulier et de monter

ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les marches importantes ainsi que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers.

j. Par pli du 13 août 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente d'invalidité, pour la période du 1^{er} février 2022 au 30 septembre 2023, et de refus de mesures professionnelles. Suite à l'expertise du Dr S_____, l'OAI a retenu que l'activité habituelle de gestionnaire de service contentieux était une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa précédente appréciation.

k. Le 19 août 2024, l'assurée a demandé à l'OAI que certaines inexactitudes soient retirées du rapport d'expertise, à savoir, en particulier, le diagnostic psychiatrique de trouble de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse, dès lors qu'il n'avait pas été investigué par l'expert orthopédique et qu'il n'était plus d'actualité.

l. Dans un avis du 16 septembre 2024, le SMR a requis l'instruction du volet psychiatrique auprès du médecin traitant ou du psychiatre traitant afin de s'assurer que l'intéressée ne présentait pas une atteinte psychiatrique incapacitante évolutive, suite à l'accident du 13 février 2021.

m. À teneur d'un rapport du 24 septembre 2024, la Dre M_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle en lien avec un diagnostic psychiatrique, relevant que, sur le plan cognitif, les douleurs chroniques diminuaient la résistance au stress et aussi, par moment, les capacités attentionnelles et mnésiques subjectives de l'assurée. Selon cette spécialiste, les douleurs chroniques avaient un impact sur sa capacité de travail. Sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail entière. La Dre M_____ a, en revanche, relevé ne pas être en mesure d'identifier quelle activité concrète pourrait être exercée par l'assurée au vu des limitations fonctionnelles décrites par le Dr Q_____ et qu'elle avait elle-même observées en entretien, à savoir la nécessité de se lever et de bouger 30 fois par heure pour soulager les douleurs déclenchées par l'immobilisation de son genou.

n. Par courriel du 29 septembre 2024, l'assurée a relevé qu'au vu des éléments ressortant du rapport de la Dre M_____ du 24 septembre 2024, il se posait la question du rendement exigible. Or, l'expert S_____ ne s'était prononcé que sur la question de la capacité de travail et non pas sous l'angle du rendement attendu.

o. Dans un avis du 14 octobre 2024, le SMR s'est prononcé sur le rapport de la Dre M_____ du 24 septembre 2024 indiquant, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, que cette dernière s'était référée au rapport du Dr Q_____ alors même que celui-ci ne s'était pas prononcé sur ce sujet. Par ailleurs, la Dre M_____ n'était pas spécialiste en médecine du travail, ni en réadaptation, et la capacité de travail retenue par le SMR était une capacité de travail médico-théorique en rapport avec les séquelles objectivement constatées. Au vu de ces éléments, le SMR ne modifiait pas ses conclusions contenues dans son rapport du 12 août 2024.

p. Par décision du 7 novembre 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière pour la période du 1^{er} février 2022 au 30 septembre 2023, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%. Il ressortait de l'expertise du Dr S_____ qu'une capacité de travail était bien exigible dans l'activité habituelle de gestionnaire de service contentieux, cette activité étant une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles. Les éléments apportés par l'assurée ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.

D. a. Par acte du 10 décembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision du 7 novembre 2024, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021, après avoir, cas échéant, procédé à l'audition des Drs Q_____, M_____ et/ou S_____ et avoir mis en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr S_____, respectivement une nouvelle expertise orthopédique. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause pour nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que le début du droit à la rente devait être fixé au mois de juillet 2021, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations en date du 7 janvier 2021. Il ressortait en outre clairement de l'expertise du Dr S_____ que la capacité de travail était réduite de moitié en raison de la symptomatologie douloureuse persistante et de la nécessité de changer de position, de sorte que l'intimé ne pouvait pas écarter cette appréciation et se fonder uniquement sur l'avis du SMR pour retenir une capacité de travail entière. Il convenait en effet d'instruire la cause plus avant en présence de deux avis médicaux divergents. Enfin, il paraissait difficilement envisageable qu'elle puisse intégrer le marché du travail actuel avec ses limitations fonctionnelles et exercer une activité lucrative avec le rendement, l'efficacité et l'engagement requis. À titre subsidiaire, la recourante a par ailleurs fait valoir que le calcul de la comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité de 76.84% (CHF 86'595.-, correspondant au revenu sans invalidité, - CHF 20'055.80 correspondant au revenu avec invalidité et une diminution de rendement de 25% [CHF 26'741.- x 75%] = CHF 66'539.20), ce qui ouvrait son droit à une rente entière d'invalidité.

b. Par réponse du 28 janvier 2025, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours. En se fondant sur l'avis du SMR du 15 janvier 2025, l'intimé a reconnu que le début de l'incapacité de travail était intervenu le 7 septembre 2020 au vu du rapport du psychiatre traitant du 4 mai 2022, de sorte que le début du droit à la rente était ouvert dès le 7 septembre 2021. L'intimé a conclu à la confirmation de la décision attaquée pour le surplus.

c. Par réplique du 6 février 2025, la recourante a fait valoir que l'incapacité de travail avait débuté le 2 juin 2020, telle qu'attestée par le Dr C_____, étant précisé que l'interruption de l'incapacité de travail entre le 10 août et le 6 septembre 2020 avait duré moins de 30 jours. Quant à la valeur probante de l'expertise du Dr S_____, il était contradictoire de s'en écarter et se fonder sur les

avis médicaux figurant au dossier qui n'avaient pas emporté la conviction de l'intimé et l'avait conduit à mettre en œuvre l'expertise susvisée. Il convenait, à tout le moins, de procéder à un complément d'instruction médicale, soit par un complément d'expertise auprès du Dr S_____, soit en ordonnant une nouvelle expertise administrative, soit par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Enfin, la recourante a relevé que l'intimé ne contestait pas ses calculs de l'invalidité détaillés dans son mémoire de recours.

d. Par duplique du 3 mars 2025, l'intimé a contesté le début de l'incapacité de travail au 2 juin 2020, au motif que le Dr C_____ n'était pas psychiatre et que, dans son rapport du 1^{er} février 2021, ce dernier a indiqué ne pas avoir vu la recourante depuis le 27 juillet 2020 et qu'à sa connaissance, cette dernière n'était pas en arrêt de travail. L'intimé a persisté dans ses conclusions pour le surplus.

e. Par détermination spontanée du 7 mars 2025, la recourante a fait valoir que l'état anxieux et dépressif de la recourante s'était manifesté dans les suites immédiates de son licenciement, tel qu'attesté par le Dr D_____ dans son rapport du 4 mai 2022. Ce psychiatre traitant avait, en outre, indiqué que le Dr C_____ avait prescrit un antidépresseur et un anxiolytique dès le 6 juin 2020. Il était ainsi démontré que le début de l'incapacité de travail déterminante était établi dès le 2 juin 2020.

f. Par arrêt du 13 mars 2025 (ATAS/151/2025), rendu sur recours de la recourante contre la décision de la SUVA du 31 mai 2024, la chambre de céans a estimé que la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle nécessitait un complément d'instruction et a renvoyé la cause à la SUVA pour la mise en œuvre d'une expertise administrative.

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

h. Par courrier de son mandataire du 15 avril 2025, la recourante a déclaré avoir pris note que la cause était gardée à juger tout en soulevant un nouveau nouvel élément « susceptible d'avoir son importance », à savoir que dans une cause A/2198/2024 opposant la recourante et l'office cantonal de l'emploi, ce dernier avait mis la recourante au bénéfice d'une mesure de réinsertion depuis le 31 mars 2025, suite à quoi il était rapidement apparu qu'elle ne bénéficiait d'aucune capacité de travail.

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

3.

3.1 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.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{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 (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^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée le 7 janvier 2021 et le délai d'attente est venu à échéance au plus tôt au mois de juin 2021, de sorte que le droit éventuel à une rente d'invalidité est né avant le 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Par conséquent, les dispositions légales applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important

(ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

5.

5.1 Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

5.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.3 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption

notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

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

5.4.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.4.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.4.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.4.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6.

6.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. En premier lieu, il convient d'examiner le début du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, au vu des positions divergentes des parties sur ce point.

À teneur de la décision litigieuse, l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité, rétroactive et limitée, du 1^{er} février 2022 au 30 septembre 2023. Dans sa réponse du 28 janvier 2025, il a toutefois indiqué que, dans son rapport du 4 mai 2022, le Dr D_____ avait vu la recourante pour la première fois le 7 septembre 2020 dans le contexte de son récent licenciement, cette dernière présentant depuis lors une symptomatologie anxieuse et dépressive évoluant depuis quelques semaines. Au vu de ces éléments, l'intimé a admis que

l'incapacité de travail durable était médicalement justifiée dès le 7 septembre 2020, de sorte que le droit à la rente était ouvert dès le 7 septembre 2021.

Dans son mémoire de réplique du 6 février 2025, la recourante a en revanche fait valoir que le début du délai d'attente, soit le début de l'incapacité de travail, était intervenu le 2 juin 2020, à savoir la date à partir de laquelle le Dr C_____ a traité la recourante pour son état anxieux et dépressif suite à son licenciement. Le délai d'attente d'une année était donc échu le 2 juin 2021, de sorte que le début du droit à la rente correspondait au mois de juillet 2021, soit six mois après le début du dépôt de la demande de prestations (7 janvier 2021).

7.1 L'art. 6 LPGA décrit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Est incapable de travailler au sens de l'art. 6 1^{ère} phr. LPGA la personne qui ne peut plus exercer l'activité professionnelle effectuée jusqu'alors, qui ne peut plus l'exercer que d'une manière limitée ou qui ne peut l'exercer qu'en courant le risque d'aggraver son état de santé. L'incapacité de travail correspond donc à une perte ou à une limitation fonctionnelle de la capacité d'accomplir un acte physique ou une action mentale (limitation de la capacité de rendement). Il s'agit d'examiner selon une approche fonctionnelle si l'intéressé peut ou non effectuer tous les actes qui constituent son activité professionnelle individualisée ou seulement certains d'entre eux et, cas échéant, pendant combien de temps. La seule appréciation médico-théorique de la capacité de travail n'est pas déterminante, soit l'évaluation dans l'abstrait de l'atteinte à la santé d'après des critères médicaux, sans tenir compte des effets concrets du déficit fonctionnel sur l'exercice d'une certaine profession et des possibilités de gain qui subsistent. Peu importe également les conséquences (immédiates) de la limitation de la capacité de rendement sur le plan financier, soit le point de savoir si la personne assurée continue à percevoir son salaire pendant l'arrêt de travail ou perçoit des revenus de remplacement de la part de tiers. L'incapacité de travail est par ailleurs une notion objective ; l'appréciation subjective que fait la personne assurée de son état de santé et de son incapacité à exercer sa profession n'est pas prise en considération (Margit MOSER-SZELESS *in* Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 19 et 20 *ad* art. 6 LPGA et les références ; concernant la notion d'incapacité de travail, voir également l'ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références).

Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (365). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou

dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20% suffit en principe à ouvrir la période d'attente. Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il convient de se fonder sur les circonstances du cas concret auxquelles appartiennent notamment la constatation d'une diminution des prestations fournies, une remontrance de l'employeur ou des absences fréquentes liées à l'état de santé. Les entraves à la capacité de travail doivent en d'autres termes se manifester lorsque l'assuré était au service de son ancien employeur. Une constatation rétroactive et médico-théorique de la capacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. À moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite par rapport à ses collègues pendant la durée des rapports de travail n'est pas décisif. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions spéculatives, mais doit être établi avec le degré habituel de la vraisemblance prépondérante (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 13 *ad* art. 28 LAI ; pratique VSI 1998 p. 126 ; ATAS/988/2023 du 13 décembre 2023 consid. 7.2.1).

L'art. 29ter RAI énonce qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2).

7.2 En l'occurrence, il ressort du certificat médical établi par le Dr C_____ en date du 15 juin 2020 que la recourante était en incapacité de travail du 2 au 30 juin 2020. Dans un questionnaire complété le 5 février 2021, l'employeur de la recourante a indiqué que l'intéressée était en incapacité de travail totale du 2 juin au 9 août 2020, puis dès le 7 septembre 2020. Dans son rapport du 4 novembre 2020, le Dr D_____ a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation, réaction mixte, dépressive et anxieuse (code F43.22 de la CIM-10) au début de la prise en charge en date du 6 septembre 2020, précisant que l'intéressée présentait, depuis son licenciement, une symptomatologie anxieuse et dépressive évoluant depuis plusieurs semaines. Ce spécialiste a notamment relevé, s'agissant de l'anamnèse en relation avec l'incapacité de travail, que la recourante rapportait une tension interne liée à des ruminations autour de son licenciement. En outre, dans un rapport du 4 mai 2022, le Dr D_____ a relevé que le Dr C_____ avait prescrit un antidépresseur et un anxiolytique dès le 6 juin 2020. Enfin, par lettre du 28 juillet 2020 adressée à l'employeur, la recourante a expliqué que son licenciement avait été un choc tel qu'elle était en arrêt total de travail depuis le 2 juin 2020.

L'ensemble de ces éléments permet donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail, consécutive au choc provoqué par le

licenciement, est survenue le 2 juin 2020 déjà. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimé, le fait que le Dr C_____ ne soit pas un médecin spécialiste en psychiatrie n'apparaît pas pertinent dès lors que le constat d'une diminution des prestations fournies, d'une remontrance de l'employeur ou d'absences fréquentes liées à l'état de santé suffisent pour déterminer le moment où l'incapacité de travail est survenue.

Il est au demeurant relevé qu'en date du 2 juin 2020, la recourante était en incapacité de travail alors qu'elle était encore employée par son ancien employeur, son licenciement lui ayant été notifiée le 25 mai 2020 avec effet au 31 août 2020.

Au surplus, aucune interruption notable de l'incapacité de travail ne saurait être retenue, au sens de la disposition susvisée, dès lors que la recourante n'a pas été apte au travail pendant 30 jours consécutifs.

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

- 8.** En second lieu, la chambre de céans relèvera que, selon la Dre M_____, la recourante ne présentait pas de diagnostic actif sur le plan psychiatrique, ni de limitation fonctionnelle en lien avec un diagnostic psychiatrique (*cf.* rapport de la Dre M_____ du 24 septembre 2024, p. 2), ce que la recourante a d'ailleurs admis dans son mémoire de recours en alléguant que, sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était entière (*cf.* mémoire de recours, p. 12).

Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère comme établi que la recourante ne souffre d'aucun diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur sa capacité de travail.

Il s'agit donc d'examiner le présent cas du point de vue de l'atteinte somatique de la recourante.

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

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

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

Invité à se prononcer sur les conclusions susvisées du Dr Q_____, le SMR a estimé, dans avis du 27 mars 2024, que ce médecin traitant ne s'était pas clairement prononcé sur le taux de capacité de travail, de sorte qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise orthopédique, confiée par l'intimé au Dr S_____.

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

9.2.1 En premier lieu, la chambre de céans constate que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr S_____ du 5 août 2024 répond aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

Sur le fond, l'expert S_____ a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, que la recourante souffrait de douleurs et raideurs persistantes du genou gauche et de status après AMO de la plaque vissée du tibia proximal gauche, arthrolyse arthroscopique, mobilisation sous narcose du genou gauche, section des ailerons interne et externe (subtotale) et débridement d'un ancien hématome du tibia ainsi que de troubles de l'adaptation (réaction mixte dépressive et anxieuse évoluant depuis septembre 2020). Sur cette base, il a considéré que la recourante pouvait exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité essentiellement sédentaire, avec alternance des positions assise et debout à la guise de la recourante, sans port de charges, sans

marche en terrain irrégulier et sans devoir monter ou descendre des pentes ou des escaliers de manière répétée. De courts déplacements à plat étaient possibles. L'activité habituelle qui se déroulait essentiellement en position assise, sans port de charges et avec de courts déplacements à plat pouvait être adaptée aux limitations fonctionnelles susvisées. Une diminution de la capacité de travail 50% lui paraissait toutefois justifiée, probablement depuis septembre 2023, en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires (cf. rapport d'expertise du Dr S_____ du 5 août 2024, p. 12).

Se prononçant sur le rapport d'expertise du Dr S_____, le SMR a indiqué, dans un avis du 12 août 2024, que l'expert avait retenu une capacité de travail de 50% sans préciser pour quelle raison l'activité habituelle n'était pas adaptée, ni préciser pourquoi la capacité de travail résiduelle était diminuée de moitié. Il convenait donc de retenir que l'activité habituelle de gestionnaire de service contentieux était une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : une activité essentiellement sédentaire, sans port de charges, dans le cadre de laquelle l'assurée pouvait alterner à sa guise la position debout avec la position assise (table de travail à hauteur variable) et effectuer de courts déplacements à plats. Elle devait par ailleurs éviter tous les métiers qui impliquaient de porter des charges, de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers ainsi que les marches importantes et l'utilisation d'échelles ou d'escaliers.

La chambre de céans relève cependant qu'il ressort de la description du poste de travail dans l'activité habituelle (comptable à temps complet/service contentieux), que ladite activité correspondait certes à celle d'une activité sédentaire (utilisation bureautique, téléphone, fax et courriels), mais que l'intéressée officiait également en qualité de responsable de l'économat, ce qui impliquait la manutention de charges pouvant peser jusqu'à 10 kg et des déplacements au sein de l'entreprise, la recourante étant en outre chargée de l'organisation d'événements pour le compte de son employeur (cf. compte rendu de l'entretien entre un collaborateur de la SUVA et la recourante du 31 mai 2021, p. 1 et 2). Il s'avère ainsi que l'activité habituelle était une activité de bureau à 100%, dont 75% du temps s'effectuait en position assise (travail à l'ordinateur) et 25% en position debout (cf. descriptif de la place de travail par l'employeur du 6 juillet 2023).

Il apparaît ainsi que l'activité habituelle de comptable, pour laquelle il était nécessaire de se tenir debout pendant une partie importante de la journée de travail (25%) et de porter des charges dans le cadre des tâches dévolues à la gestion de l'économat de l'entreprise, ne correspond pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR et les Drs S_____ et Q_____.

9.2.2 Par ailleurs, la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, telle que retenue par l'intimé sur la base de l'avis du SMR, est contestée par les conclusions des Drs S_____ et Q_____.

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

Dans ces circonstances, il sera retenu que l'appréciation du cas par l'intimé ne permet pas d'établir clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier de savoir si celle-ci est véritablement donnée dans l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux. Or, pour se voir conférer pleine valeur probante, l'appréciation de la situation médicale doit être claire et les conclusions des experts dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Quant à l'argument de la recourante selon lequel il serait difficilement envisageable de considérer que le marché du travail actuel offre les conditions qui lui permettraient encore de trouver un emploi et d'exercer une activité lucrative avec le rendement, l'efficacité et l'engagement requis au vu des limitations fonctionnelles qu'elle présente (se lever et bouger trente fois par heure), les éléments médicaux susmentionnés, permettent d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne présenterait plus aucune capacité résiduelle de travail.

En définitive, ni l'expertise du Dr S_____, qui ne répond pas clairement à la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur, ni les conclusions du Dr Q_____, qui se limite à tenir pour impossible une capacité de travail entière sans se déterminer sur un taux de capacité de travail spécifique, ne permettent de trancher le litige, étant au demeurant relevé qu'aucun de ces deux spécialistes ne s'est prononcé sur la

question d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

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

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

10.1 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et

les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

Dans un arrêt du 22 novembre 2022, la chambre de céans a annulé la décision de l'office querellée et lui a renvoyé la cause pour mise en œuvre d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles au titre de mesure d'instruction, comme le demandait la personne recourante selon laquelle un tel stage aurait le mérite de l'éclairer sur les réelles possibilités de travail et d'emploi et de jauger ainsi sa capacité de travail réelle, et surtout, conformément à un arrêt de renvoi précédent, afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail (ATAS/1021/2022 du 22 novembre 2022 consid. 9.9).

Par arrêt du 13 juin 2023, la chambre de céans a également annulé la décision de l'OAI et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sous forme d'un stage d'information et d'orientation professionnelles afin de déterminer les répercussions concrètes de l'affection médicale du recourant sur sa capacité de travail, et donc aussi son éventuel degré d'invalidité, et de connaître quelles seraient les professions dans lesquelles une capacité de travail complète ou partielle de l'intéressé pourrait être utilisée, ce sous l'angle d'un éventuel droit tant à une rente qu'à des mesures professionnelles, et enfin nouvelle décision (ATAS/433/2023 du 13 juin 2023 consid. 7.5).

10.2 En l'occurrence, les Drs Q_____ et M_____ ont suggéré que l'examen de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle soit effectuée par un médecin spécialiste en médecine du travail, en situation réelle.

Dans ces circonstances, la chambre de céans est d'avis que les constatations médicales figurant au dossier doivent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, afin de déterminer de manière concrète dans quelle mesure la recourante est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail, ainsi qu'une éventuelle baisse de rendement qui serait identifiée dans le cadre de la mesure d'observation professionnelle. Conformément à la jurisprudence susvisée, il s'agira de soumettre à l'expert S_____ les résultats de la mesure d'observation professionnelle suivie

par la recourante afin qu'il se détermine clairement sur ces différents éléments, en collaboration étroite avec l'organe d'observation professionnelle qui aura examiné les aptitudes professionnelles concrètes de la recourante.

- 11.** Au vu de ce qui précède, les critiques de la recourante concernant le calcul de la perte de gain, l'éventuel abattement devant être retenu ainsi que l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail, restent, à ce stade, sans objet.

La chambre de céans ne se prononcera donc pas à ce sujet dans le cadre de la présente procédure.

12.

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

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

12.3 La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émoluments de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 novembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimé.
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

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