

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4277/2022

ATAS/805/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 octobre 2025**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par de Me Andres PEREZ, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et  
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le \_\_\_\_\_ 1970 à B\_\_\_\_\_ au Zaïre, de nationalité française et au bénéfice d'un permis d'établissement en Suisse. Elle est divorcée depuis 2004 et mère de deux enfants majeurs, nés les \_\_\_\_\_ 1996 et \_\_\_\_\_ 1999.
- b.** L'assurée a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 avril 2020, indiquant avoir vécu de 1970 à 1980 en République Démocratique du Congo (RDC), de 1980 à 1994 en France. Elle était en incapacité de travail à 100% depuis le 26 août 2019. Elle travaillait comme animatrice parascolaire pour le groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après : le GIAP) à 26% depuis le 29 septembre 2015. Elle avait eu à la fin de l'année 2018 un burnout, qui était dû à 21 ans de stress, trois emplois et une vie de famille en tant que mère célibataire.
- c.** Selon le rapport de son employeur du 23 avril 2020, l'assurée a eu de nombreuses absences pour cause de maladie dès avril 2017 pour des durées variables, puis elle a été en arrêt maladie durable dès le 23 septembre 2019.
- d.** Selon un rapport d'expertise établi le 25 mai 2020, à la demande de C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : C\_\_\_\_\_), par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès de SMEX SA, l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et sa capacité de travail était de 0% dans toute activité, elle devrait être de 100% à la mi-août 2020.
- e.** Selon un rapport établi le 24 août 2020 par la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladie allergiques, l'assurée souffrait d'un état dépressif depuis avril 2019 et d'un burnout depuis le 23 septembre 2019. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité dès cette dernière date en raison d'un manque de concentration et d'une fatigue.
- f.** Dans un rapport établi le 22 octobre 2020, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. Il s'agissait du premier épisode dépressif connu chez l'assurée, mais l'évolution étant supérieure à six mois, il convenait de retenir diagnostique de trouble dépressif récurrent.
- g.** Selon un « assessment en psychiatrie » établi le 11 décembre 2020 par le Dr D\_\_\_\_\_ à la demande de C\_\_\_\_\_, celui-ci a procédé à un examen clinique de l'assurée le 17 novembre 2020 et posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, en rémission complète, sans limitation fonctionnelle. La capacité de travail dans la dernière activité était de 100%. La proposition d'une

reprise à 100% au 30 novembre 2020 semblait cohérente avec les résultats de l'examen.

**h.** Le GIAP a résilié le contrat de l'assurée au 31 mars 2021.

**i.** Dans un rapport du 12 août 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait toujours d'un trouble dépressif dont l'intensité actuelle était sévère et que sa capacité de travail était de 25% dans toute activité. Du fait des limitations fonctionnelles retenues avec l'existence de symptômes dépressifs résiduels, l'augmentation trop rapide de la charge de travail et du taux de travail risquait de déstabiliser son état de santé.

**j.** Par projet de décision du 26 septembre 2022, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Il retenait qu'elle se consacrait à 34% à son activité professionnelle et pour les 66% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail totale dès le 26 août 2019, début du délai d'attente d'un an, et considérait que dans toute activité, sa capacité de travail était entière dès le 18 novembre 2020.

Au vu de sa situation particulière, l'OAI considérait que l'assurée ne présentait pas d'empêchements dans le ménage, compte tenu du fait qu'il existait une pleine capacité de travail dans la sphère professionnelle dès le 18 novembre 2020. À l'échéance du délai d'attente, son taux d'invalidité était de 34%, en tenant compte de la pondération entre la part professionnelle et la part des travaux habituels de ses activités. Cela ne lui ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. Son état de santé s'était amélioré dès le 18 novembre 2020. Dès cette date, sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle. Par conséquent, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation.

**k.** Le 26 octobre 2022, l'assurée a formé opposition au projet de décision.

**l.** Par décision du 9 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**B. a.** Le 16 décembre 2022, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI, concluant à son annulation et à sa mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer, sous suite de frais et dépens.

**b.** Le 11 janvier 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

**c.** La recourante a répliqué.

**d.** Par ordonnance du 9 juin 2023, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de la recourante auprès de l'OCE, qu'elle a reçu le 26 juin suivant.

**e.** La chambre de céans a entendu les parties le 28 juin 2023.

**f.** Le 10 juillet 2023, l'intimé a estimé que les éléments apportés par la recourante et ceux ressortant du dossier de l'OCE ne l'amenaient pas à reconsidérer sa décision.

**g.** Le 12 juillet 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions.

**h.** Par ordonnance du 29 février 2024 (ATAS/130/2024), la chambre de céans a considéré que l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et ordonné une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante qu'elle a confiée au professeur G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a en outre reconnu un statut d'active à la recourante, considérant que : « quand bien même il est établi que la recourante travaillait à temps partiel pour le GIAP et Camarada et qu'il ressort de son compte individuel qu'elle n'a jamais travaillé à temps plein, elle a allégué qu'elle aurait souhaité le faire, si sa santé le permettait. Cela est corroboré par le fait qu'elle a obtenu en Bretagne un CAP de cuisine à 18 ans et qu'elle a allégué avoir travaillé à 100% pendant 4-5 ans en France dans la restauration comme cuisinière, puis à Genève, comme serveuse dans un pub jusqu'à sa séparation en 2002-2003. De plus, elle était divorcée et dans une situation financière difficile, puisqu'elle touchait une aide financière de l'Hospice général (note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 4 juin 2021), et ses enfants, étant adultes, ne nécessitaient pas une activité à temps partiel, mais au contraire une meilleure situation, car ils dépendaient financièrement d'elle, étant encore en formation. Il est outre établi que la recourante s'est inscrite au chômage à 100% et qu'elle a fait des recherches d'emploi dans ce sens, notamment comme serveuse, aide cuisinière, gouvernante ou conductrice d'octobre 2013 à août 2015. En conclusion, il se justifie de lui reconnaître un statut d'active ».

**i.** Dans son rapport du 17 avril 2025, l'expert a retenu les diagnostics de :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, avec un premier épisode vers l'âge de 14-15 ans et un second épisode en septembre 2019 ;
- dépendance à l'alcool, en rémission complète prolongée, de 2002-2003 à avril 2024 ;
- dépendance au cannabis, rémission complète précoce, de 2002-2003 à décembre 2024.

Les limitations fonctionnelles étaient une grande fatigabilité, liée à la dépression et aux conséquences des troubles du sommeil, qui avait pour conséquence que la recourante s'épuisait rapidement et qu'elle n'arrivait pas à suivre des consignes. Elle était de plus irritable, ce qui pouvait mener à des conflits personnels, et avait une tristesse de l'humeur avec une perte de plaisir et de motivation. Elle n'avait plus le courage de mener à bien les tâches mêmes relativement simples du quotidien. Elle avait des ruminations anxieuses avec des difficultés d'attention et de concentration pouvant l'amener à commettre des erreurs ou à oublier des tâches qui lui étaient confiées. Elle avait encore une diminution de la résistance au stress et de sa capacité d'adaptation, ce qui était déjà visible dans les tâches de la vie quotidienne. En effet, l'expertisée peinait à sortir de chez elle et à voir du

monde, car elle ne pouvait être confrontée au regard des autres, maintenir une conversation et donner le change. Sa capacité était nulle dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Depuis 2019, elle avait oscillé entre 0 et à 30% au plus. Depuis son AVC en avril 2024, sa capacité de travail était nulle.

**j.** Le 25 juin 2025, l'intimé a estimé que le rapport d'expertise n'était pas cohérent s'agissant de l'évolution de la capacité de travail, car il retenait une possible amélioration avec une capacité de travail de 30% de novembre 2020 (*sic*) à février 2020, où la capacité de travail était à nouveau nulle jusqu'en février 2021. Un complément d'expertise semblait donc nécessaire et, en l'état, l'intimé persistait en conséquence dans ses conclusions.

**k.** Le 25 juin 2025, la recourante a estimé que le rapport d'expertise remplissait tous les réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, rappelant que dans sa décision du 9 novembre 2022, l'intimé avait considéré qu'elle présentait une incapacité de travail totale dès le 26 août 2019, début du délai d'attente d'un an. À l'échéance du délai d'attente, le 1<sup>er</sup> août 2022, il avait retenu un degré d'invalidité de 34% calculé sur la base d'un statut mixte et son état de santé s'était amélioré dès le 18 novembre 2020, date à partir de laquelle sa capacité était entière dans toute activité. Concernant l'évolution de sa capacité de travail dans le temps, l'expert avait précisé qu'on pouvait estimer qu'elle était nulle depuis septembre 2019, possiblement un peu avant, puis de 30% en raison d'une amélioration de son état de santé de novembre à février 2020, puis à nouveau nulle jusqu'en février 2021, puis de 30% de février 2021 à avril 2024 et nulle dès avril 2024 au jour de l'expertise. Les conclusions de l'expert étaient confirmées par plusieurs médecins et elles devaient être intégralement suivies.

### **EN DROIT**

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.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement

sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée en avril 2020 et la recourante a été durablement en arrêt maladie dès 2019, de sorte que son éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI) et que les dispositions applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.1** 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.

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.

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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pourcent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque les salaires

avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle, en raison, par exemple, d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références).

Une simple comparaison de pourcentage peut suffire lorsque l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité est alors identique au taux d'incapacité de travail (*cf.* ATF 114 V 310 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6 et les références).

**4.2** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. En l'espèce, l'intimé a relevé une incohérence de l'expert qui avait retenu dans son rapport, une incapacité de travail de 30% en « novembre 2020 et février 2020 ».

En page 18 de son rapport, l'expert a indiqué au ch. 9.2 que depuis 2019, la capacité de travail de la recourante avait oscillé entre 0 et 30% au plus. Mais actuellement et depuis son AVC (avril 2024), sa capacité de travail était nulle. Si l'on souhaitait être plus précis en se fondant sur les éléments du dossier, on pouvait estimer que sa capacité de travail avait été nulle depuis septembre 2019 (possiblement un peu avant), puis qu'il y avait eu une possible amélioration avec une capacité de travail de 30% « de novembre 2020 à février 2020 », ou la capacité de travail était à nouveau nulle jusqu'en février 2021, puis à nouveau de 30% de février 2021 à avril 2024 et enfin de 0% à partir d'avril 2024.

La chambre de céans estime que l'on ne peut retenir ici une incohérence de l'expert et qu'il ne s'agit que d'une simple erreur de plume, qui s'explique à teneur du contexte. Il est en effet évident que l'expert a indiqué novembre 2020 au lieu de novembre 2019, dès lors qu'il décrivait l'évolution chronologique de la capacité de travail de la recourante.

En conclusion, il n'y a pas de doute sur la portée du rapport de l'expert et sa minime erreur ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise, qui n'a pas fait l'objet d'autres critiques par l'intimé. Le rapport d'expertise remplit à l'évidence les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant précisé que l'expert a procédé à une analyse des indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral qui n'appelle pas la critique.

Sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante n'a pas dépassé 30% dans toute activité depuis le 26 août 2019. Il en résulte un taux d'invalidité de 70% à 100%, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, étant rappelé que la chambre de céans retient qu'un statut d'active doit lui être reconnu. Dès lors que la recourante a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 9 avril 2020, son droit à une rente entière d'invalidité est né six mois plus tard (le premier jour du mois), soit le 1<sup>er</sup> octobre 2020 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI).

6. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'Etat, l'intimé n'ayant pas procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). En effet, selon l'expert judiciaire, il était probable que le Dr D\_\_\_\_\_ n'ait pas cerné la nature de la recourante qui avait tendance à ne pas montrer spontanément ses émotions et à lutter contre les affects négatifs même s'ils étaient présents.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 novembre 2022.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- 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

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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