

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/26/2024

ATAS/915/2024

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

**Arrêt du 26 novembre 2024**

**Chambre 15**

En la cause

**A** \_\_\_\_\_  
représentée par KESSLER PRÉVOYANCE SA, mandataire

recourante

contre

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

intimé

**B** \_\_\_\_\_

intimée

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente ; Yves MABILLARD et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, la partie intéressée ou l'intimée), née le \_\_\_\_\_ 1975, a été engagée en qualité de « C\_\_\_\_\_ » au sein de la Police municipale de la Ville de Carouge à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017 et était affiliée à ce titre auprès A\_\_\_\_\_ (ci-après : la caisse).
- b.** Le 21 octobre 2020, l'assurée a eu le COVID.
- c.** Elle a été en incapacité totale de travailler jusqu'au 15 novembre 2020, selon les certificats médicaux des 21 octobre 2020 (de la docteure D\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG), et 30 octobre 2020 (du docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne).
- d.** Par certificat du 4 novembre 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente était en arrêt de travail à 100% jusqu'au 15 novembre 2020, puis qu'elle n'était plus en arrêt de travail dès le 16 novembre 2020.
- e.** Dans deux certificats médicaux subséquents, datés tous deux du 18 décembre 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée pouvait reprendre le travail à hauteur de 50% en télétravail.
- f.** Un formulaire « annonce de maladie/attestation perte de gain » et « certificat d'incapacité de travail » a été adressé par l'employeur à son assureur perte de gain maladie, soit SWICA, Assurance maladie SA, le 4 janvier 2021.
- g.** SWICA a sollicité des informations médicales du généraliste de l'assurée, le Dr E\_\_\_\_\_ qui a répondu, le 25 février 2021, que sa patiente avait « *fait une infection Covid testée le 21.10.2020. Elle a été hospitalisée le 21 oct. (cf. rapport ci-joint). Dans les suites, elle a eu beaucoup de toux et un important essoufflement (CT ci-joint rassurant). Actuellement, elle ne récupère toujours pas au niveau de la fatigue et de l'essoufflement au moindre effort. Elle a toujours des douleurs cervicales et lombaires malgré la physio* ». Son incapacité de travail était de 50% depuis le 16 novembre 2020. Selon le rapport des HUG mentionné par le médecin généraliste, il n'existait « *pas de francs critères d'hospitalisation sur le plan respiratoire (pas de désaturation, tachypnée légère), mais une baisse de l'état général +++* ». Le traitement était la prise de paracétamol au maximum 3 fois par jour. Les conclusions du scanner thoracique du 4 novembre 2020 également joint par le généraliste retenaient un « *status post COVID. Le parenchyme pulmonaire ne présente aucune anomalie. Pas de foyer de bronchopneumonie ni d'épanchement pleural et pas d'image de comblement alvéolaire. Pas d'embolie pulmonaire* ».
- h.** Le 16 mars 2021, bien que toujours à 50%, l'assurée a repris une demi-journée par semaine le travail en « présentiel ».
- B.**    **a.** Le 15 avril 2021, l'assurée a adressé un formulaire de demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Elle y indiquait avoir été en incapacité de travail totale du 21 octobre 2020 au

15 novembre 2020, puis à hauteur de 50% dès le 16 novembre 2020 et y décrivait son atteinte à la santé comme suit « courbatures persistantes, essoufflement suite exercices, fatigue générale et inflammations du cartilage de certaines côtes depuis le 25 mars 2021 ».

**b.** Selon une note du 18 mai 2021, l'OAI a retenu le 21 octobre 2020 comme date du début de l'atteinte incapacitante et le statut d'active à plein temps.

**c.** Interrogé par l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a rempli un formulaire d'information le 22 juin 2021 à teneur duquel l'incapacité de travail de l'assurée était de 50% dès le 16 novembre 2020 et de 30% dès le 17 mai 2021. Une reprise à plein temps était probable en juillet 2021.

**d.** Dans un rapport d'évaluation d'intervention précoce du 27 août 2021, consécutif à un entretien avec l'assurée, le service de réadaptation de l'OAI a relevé que l'assurée voulait garder son poste de travail actuel et se battait pour pouvoir récupérer sa capacité de travail. Elle subissait beaucoup de pression de sa hiérarchie et ne pouvait pour l'instant pas y faire face compte tenu qu'elle était très affaiblie. Il a été proposé à l'assurée un coaching pour travailler sur la gestion du stress professionnel et le développement de stratégies afin de pouvoir se protéger de la charge de travail qui lui était donnée.

**e.** Dès le 13 septembre 2021, l'assurée a continué son activité à un taux de 70%, mais a augmenté son temps en présentiel à deux demi-journées par semaine.

**f.** Par communication du 7 octobre 2021, un bilan du stress et un coaching professionnel ont été accordés à l'assurée, laquelle a indiqué à l'OAI, par téléphone du 18 novembre 2021, notamment continuer sa reprise du travail sans augmenter son temps de travail, la fatigue ne le lui permettant pas. Elle poursuivait son coaching et songeait à changer de travail, car le stress provenait beaucoup de sa hiérarchie actuelle.

**g.** Dans un rapport médical du 4 novembre 2021, la docteure F\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, a indiqué que l'assurée souffrait de trouble de la concentration et de fatigue qui se manifestaient au travail en des difficultés à assimiler les informations. D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à un degré de 70%.

**h.** Interrogé à nouveau par l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué le 6 décembre 2021, en réponse à la question « *d'un point de vue strictement médical : votre patiente est-elle capable d'exercer son activité professionnelle habituelle ou une activité adaptée à son état de santé ? si oui, à quel taux ?* » « *Oui, pour autant que l'on adapte ses activités* ».

Il a joint à ses réponses au questionnaire :

- une lettre du docteur G\_\_\_\_\_, FMH allergologie et immunologie clinique, maladies rhumatismales et médecine interne, de FLORIMED, cosignée par le professeur H\_\_\_\_\_, du 22 novembre 2021, et une du 4 novembre 2021 à teneur

desquelles, ces médecins avaient revu la patiente la dernière fois le 17 novembre 2021 ; son examen sanguin était tout à fait normal, de sorte que les symptômes actuels étaient plus probablement attribuables à un COVID long, raison pour laquelle ils lui conseillaient de se faire vacciner, étant précisé que de leur expérience, les patients souffrant d'un COVID long voyaient leurs symptômes s'améliorer à la suite du vaccin.

- un rapport du 15 juillet 2021 des docteurs F\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique, HUG, lesquelles avaient prolongé l'arrêt de travail de 30% de l'assurée d'un mois, soit jusqu'au 15 août 2021.

**i.** Selon une note de travail d'intervention précoce du 11 janvier 2022, l'assurée était toujours « en reprise à 70% », mais envisageait d'augmenter de 10% dès la mi-janvier 2022. Elle peinait encore à tenir une journée de travail et devait se reposer l'après-midi sous forme de sieste. Elle peinait aussi à monter les escaliers ou à reprendre une activité sportive. La relation avec son supérieur hiérarchique était toujours aussi tendue, à tel point qu'une médiation était organisée par les ressources humaines en janvier. Elle n'envisageait pas de changer d'emploi même s'il lui était difficile d'envisager un retour physique au poste de travail (actuellement en télétravail).

**j.** La capacité de travail de l'assurée a augmenté à 80% dès le 13 janvier 2022 selon le médecin de l'assurée.

**k.** Le 16 mars 2022, SWICA a indiqué à l'assurée qu'une capacité de travail supérieure à 75% ne donnait plus droit à des indemnités journalières.

**l.** En avril 2022, l'assurée, accompagnée d'un représentant de l'Union de polices municipales de Genève, a eu un entretien de service avec son chef et la cheffe des ressources humaines. Cette dernière a conclu que la relation de confiance entre l'assurée et le chef de celle-ci était rompu et que ce dernier ne bénéficiait plus du soutien nécessaire de sa collaboratrice. Il en découlait la perspective d'ouvrir des discussions sur la résiliation conventionnelle des rapports de travail.

**m.** Le 3 août 2022, l'assurée s'est rendue aux urgences de l'hôpital de la Tour pour des douleurs abdominales et thoraciques. Elle y est restée jusqu'au 8 août 2022. L'origine des douleurs n'a pas pu être déterminée. L'hôpital lui a remis un certificat d'arrêt de travail dès le 3 août 2022 sans date de fin.

**n.** Le Dr E\_\_\_\_\_ a signé un arrêt de travail de 100% dès le 15 août 2022 valable jusqu'au 15 septembre 2022.

**o.** SWICA a interrogé les médecins de l'assurée pour savoir s'il s'agissait d'une rechute ou d'un nouveau cas de maladie.

**p.** Le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu que la capacité de travail réduite de la patiente était toujours liée au COVID long dans un formulaire à l'adresse de SWICA le 5 octobre 2022.

**q.** Le 6 octobre 2022, l'assurée a repris contact avec la division réadaptation de l'OAI pour expliquer qu'elle avait été hospitalisée en août 2022. Elle exposait que « Rien n'avait été relevé aux examens cliniques mais on pensait que c'était toujours lié au COVID long ». Elle souhaitait diriger sa demande vers une rente d'invalidité.

**r.** Le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu à nouveau à un formulaire de l'OAI le 12 octobre 2022. Il y indiquait que sa patiente pouvait exercer « un travail de bureau, mais de manière réduite. Essayer peut-être de débiter avec un 50% ».

**s.** Réinterrogé par l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu à nouveau au questionnaire, le 28 octobre 2022, en précisant ne pas avoir revu sa patiente depuis un an, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur son état de santé, ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles ou sa capacité de travail.

**t.** Interrogé à nouveau, le Dr G\_\_\_\_\_ a lui aussi indiqué ne plus avoir revu la patiente depuis le mois de novembre 2021.

**u.** Par décision du 17 janvier 2023, à l'issue des discussions avec son employée et en l'absence d'un autre poste à proposer à cette dernière, l'employeur a licencié l'assurée pour le 30 avril 2023.

**C. a.** Par rapport du 13 mars 2023, le SMR, soit pour lui la docteure J\_\_\_\_\_, s'est référé au fait que l'assurée avait repris un suivi post-COVID en février 2023 au Service MPR-Médecin de Premier Recours (consulté par elle précédemment le 10 février 2021) et aux informations médicales de la docteure K\_\_\_\_\_ qui indiquait avoir revu l'assurée en février « avec suspicion forte de syndrome d'hyperventilation sur dysautonomie respiratoire avec maladie d'atteinte des petites fibres en second lieu. Nous avons introduit une physiothérapie de cohérence diaphragmatique et qu'une reprise du travail à 20% pouvait être envisagée en mai 2023, selon évolution post-physiothérapie avec horaire en journée sans activité physique soutenue ». Le SMR a conclu que : « devant des symptômes toujours persistants dans un continuum depuis octobre 2020 avec une poussée en août 2022, étant donné que toute reprise antérieure s'est déroulée en télétravail sans notion de rendement avéré (néanmoins avec manifestement des difficultés, un épuisement des ressources et finalement un licenciement), il est vraisemblable que l'assurée a repris l'AH précocement et au-dessus de ses forces ».

En résumé, l'atteinte incapacitante résultaient de symptômes persistants de COVID-10 U 09.0 (564/91). Elle avait débuté le 21 octobre 2020 et la capacité de travail exigible dans l'activité de policier (poste administratif) ou dans une activité adaptée était de 0% depuis le 21 octobre 2020. Une révision était suggérée dans un an.

**b.** Dans le rapport de la Dre K\_\_\_\_\_ (du 10 février 2023 relatif à la consultation du 8 février 2023), cité par le SMR, ce médecin avait indiqué que l'assurée avait souffert d'une infection à SARS-CoV-2 (COVID19) avec symptômes persistants

(21.10.2020). La patiente était revue un an après sa dernière consultation. Elle devait être suivie en août 2022 pour refaire le point, mais avait été hospitalisée dans le courant de l'été. Des symptômes, il persistait une asthénie et des douleurs thoraciques. La patiente avait bénéficié d'une année de physiothérapie. Au vu d'une dyspnée on-off avec douleur thoracique et un score de Nijmegen à 29pts, il convenait de rechercher un syndrome d'hyperventilation. Dans un premier temps, il fallait faire un test de marche de 6 minutes, puis une spirométrie afin d'exclure une autre pathologie pulmonaire. Concernant l'asthénie, allaient être complétés les bilans déjà effectués avec un Schellong à la recherche d'une dysautonomie cardiaque.

**c.** Dans le rapport subséquent du 20 février 2023, la Dre K\_\_\_\_\_ avait indiqué que les examens de Schellong, TM6M et spirométrie étaient globalement dans la norme. Elle avait alors introduit de la physiothérapie de cohérence diaphragmatique au vu d'un score de Nijmegen élevé, pour suspicion de syndrome d'hyperventilation. Concernant les douleurs articulaires atypiques avec lourdeurs, les radiographies et échographies étaient sans particularité. Un diagnostic différentiel d'ankylose sur syndrome d'hyperventilation vs atteinte de petites fibres était à évoquer. Selon l'évolution, elle rechercherait une atteinte de petites fibres. Elle prescrivait de la physiothérapie de cohérence diaphragmatique.

**d.** Par projet de décision du 21 mars 2023, l'OAI a décidé qu'à partir du 21 octobre 2021, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le 21 octobre 2020 (début du délai d'attente d'un an). Il a en outre estimé qu'une comparaison des gains était superflue, pour évaluer l'invalidité, l'incapacité de travail se confondant avec l'incapacité de gain durant la période susmentionnée. Un taux de 100% ouvrait le droit à des prestations de l'OAI, sous forme de rente.

**e.** Le 12 mai 2023, l'OAI a adressé la motivation de sa décision à la caisse.

**f.** Par décision du 13 novembre 2023, l'OAI a fait parvenir sa décision de rente à l'assurée et par erreur à la CAP.

**g.** Le 23 novembre 2023, la caisse a reçu la décision de rente de la personne assurée.

**D. a.** Par acte du 4 janvier 2024, la caisse a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre la décision de l'OAI du 13 novembre 2023, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire à l'OAI, frais et dépens à charge de cet office.

**b.** Par acte du 15 janvier 2024, l'assurée a conclu au rejet du recours de la caisse.

**c.** Le 1<sup>er</sup> février 2024, l'OAI a également conclu au rejet du recours.

**d.** Le 28 mars 2024, la caisse a répliqué en persistant dans son recours.

e. Le 24 mai 2024, l'assurée a relevé que si elle avait repris le travail à 70% dès le 17 mai 2021, c'était principalement en télétravail et sur pression de son employeur alors que son état de santé ne le lui permettait en réalité pas. Elle avait ensuite été entravée dans la reprise d'une activité professionnelle en raison de la pose d'une prothèse de hanche à gauche le 5 juin 2023. L'OAI s'était fondé sur l'avis d'un spécialiste du COVID long auprès des HUG lequel avait été confirmé par la médecin du SMR, neurologue FMH.

f. À l'issue des échanges d'écritures, la cause a été gardée à juger.

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

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 13 novembre 2023 octroyant une rente entière d'invalidité à la partie intéressée.

### **3.**

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

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. 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).

**3.2** 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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.

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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).

**3.3** 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

4. En l'occurrence, la caisse recourante reproche à l'intimé d'avoir mis la partie intéressée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 21 octobre 2021, sans fondement médical.

La chambre de céans relève qu'il ressort du dossier de l'OAI que l'assurée a été empêchée de travailler à cause du COVID du 21 octobre 2020 au 15 novembre 2020. Dès le 16 novembre 2020, sa capacité de travail était de 50%, puis dès le 17 mai 2021 de 70%, selon les pièces médicales au dossier. L'assurée a elle-même envisagé d'augmenter à 80% mi-janvier 2022 (note de travail d'intervention précoce du 11 janvier 2022). La capacité de travail de l'assurée a en effet augmenté à 80% dès le 13 janvier 2022, ce qui a été certifié par son médecin traitant.

S'il n'est pas contesté que l'assurée a continué à souffrir de certains symptômes post-COVID, aucun des médecins qu'elle a consultés, ni l'assurée elle-même, n'a attesté d'incapacité de travail supérieure à 30% entre le 17 mai 2021 et le 3 août 2022. Le fait qu'elle travaillait principalement en télétravail a eu des répercussions sur son travail en tant que remplaçante du chef de poste de police, mais l'on ne saurait considérer que toutes les attestations médicales établies entre le 21 octobre 2020 et le 3 août 2022 sont fausses. L'évaluation du degré d'incapacité de travail retenue par le médecin du SMR ne trouve aucun fondement dans le dossier médical de l'assurée. S'il est exact que l'assurée a été en incapacité de travail totale en raison de son hospitalisation en août 2022 et l'était encore lors de ses consultations auprès de la Dre K\_\_\_\_\_ en février 2023, il ne peut considérer comme établi, en l'état du dossier, que l'assurée n'avait eu aucune

capacité de travail depuis le 21 octobre 2020, alors que l'ensemble des médecins a attesté d'une capacité de 50% entre novembre 2020 et mai 2021, puis de 70%, respectivement 80% dès le 13 janvier 2022.

Il apparaît au contraire sur la base des pièces médicales au dossier et l'historique des incapacité/capacité de travail de l'assurée attestées médicalement, que cette dernière n'était pas en incapacité totale et durable de travailler au 21 octobre 2021, soit à la fin du délai d'attente d'un an, ni le cas échéant qu'aucune activité adaptée n'était ou ne serait possible.

La décision attaquée est dès lors infondée, le seul avis du SMR se référant à des pièces qui ne soutiennent pas son avis étant insuffisant pour reconnaître que l'assurée était totalement et durablement incapable de travailler durant la période pertinente, soit dès le 21 octobre 2020.

Le SMR et l'assurée évoquent une capacité de travail réelle inférieure à celle ressortant des pièces médicales au dossier du fait du télétravail. Cet argument ne peut être retenu en l'état du dossier, dans la mesure où les médecins de l'assurée en ont attesté différemment dès le 16 novembre 2020, que par ailleurs à cette même période, le télétravail avait été instauré par de nombreux employeurs en raison du COVID, et que l'assurée était considérée comme travaillant à respectivement 50%, 70% et 80% et rémunérée en conséquence.

En effet, il n'y a pas d'éléments médicaux suffisants pour établir que la capacité de travail de l'assurée, telle qu'attestée par les médecins de l'assurée, n'était pas sa réelle capacité de travail. Au vu des pièces au dossier, seule une expertise pourrait éventuellement établir une capacité de travail différente en déterminant l'état de santé de l'assurée depuis le 21 octobre 2020 et lors de chaque augmentation de son taux horaire, sa capacité de travail en lien avec les séquelles du Covid long, ses éventuelles limitations, dans quelle mesure et dans quelles activités l'assurée était ou non capable de travailler et, le cas échéant, depuis quand et à quel taux horaire.

En conséquence, la décision attaquée ne peut qu'être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire le cas échéant et nouvelle décision.

**5.** Le recours est ainsi admis et les frais de la procédure mis à la charge de l'OAI.

De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens pour toutes les branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Cette règle est également applicable lors qu'une institution de prévoyance professionnelle recourt contre une décision de l'OAI (ATF 134 II 117 consid. 7 ; Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, n. 100 ad art. 61).

Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, la recourante ne peut se voir allouer une indemnité de dépens.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 13 novembre 2023.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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