

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3821/2023

ATAS/876/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 31 octobre 2024**

**Chambre 3**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1965, a suivi une formation de cafetier-restaurateur et a travaillé en qualité d'agent d'entretien chez des particuliers.
  - b.** L'assurée a été en incapacité de travail en raison d'une fasciite plantaire à compter de mars 2021. Une échographie du pied gauche du 8 juillet 2021 a confirmé une fasciite plantaire superficielle, avec un foyer de fissuration profond.
  - c.** L'arrêt de travail de l'assurée a été régulièrement prolongé et a donné lieu au versement d'indemnités journalières par l'assureur perte de gain (PHILOS ASSURANCE-MALADIE [ci-après : l'assureur]).
- B.**
- a.** Le 14 septembre 2021, l'assureur perte de gain a annoncé le cas de l'assurée à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
  - b.** Les documents suivants, notamment, ont été versés au dossier :
    - Dans un rapport du 16 août 2021, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté une incapacité de travail totale dès le 10 mars 2021. Il a fait état d'un œdème dans la région du calcaneum à gauche, avec des douleurs à la palpation.
    - Le 5 octobre 2021, la docteure C\_\_\_\_\_, chiropraticienne, a retenu à titre de diagnostics une hyperpronation des pieds avec affaissement de la voûte plantaire et une possible fasciite plantaire. Ont également été mentionnées, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des douleurs cervico-dorsales sur un syndrome cervico-dorsal ainsi que des douleurs lombaires. Le traitement – qui consistait en la prescription de semelles plantaires, en une mobilisation de la cheville gauche et en un travail des tissus mous avec ultrasons – avait nettement amélioré les douleurs dorsales et cervicales et permis une légère amélioration initiale des douleurs au pied gauche. Les limitations fonctionnelles portaient sur la marche et la position debout prolongée. La scoliose et les crises cervico-dorsales et lombaires n'avaient jamais entraîné d'arrêts de travail prolongés. Selon la praticienne, malgré les problèmes de rachis, l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 80-100% pouvait être envisagé.
    - Dans un bref rapport du 24 juin 2021, le Dr B\_\_\_\_\_, a conclu à une fasciite plantaire ayant entraîné une totale incapacité de travail à compter du 18 mars 2021.
    - Dans un rapport du 4 novembre 2021, ce même médecin a fait état du même diagnostic en expliquant qu'il entraînait des douleurs au pied gauche à la marche et au repos. Il déconseillait la reprise de l'activité habituelle et évaluait la capacité de travail de sa patiente à 50% dès le 21 octobre 2021 dans une activité adaptée.

- Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine du travail, mandaté par l'assureur perte de gain, a rendu son rapport en date du 22 février 2022.

L'expert a noté qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville gauche réalisée en novembre 2021 avait mis en évidence une enthésopathie fissuraire à l'insertion du faisceau central du fascia plantaire superficiel (fasciite plantaire) sans déchirure. L'assurée décrivait une évolution peu favorable des douleurs. Elle se disait extrêmement limitée dans la station debout et les déplacements.

L'expert a notamment constaté à l'examen une absence de troubles trophiques et de tuméfaction. Il a retenu les diagnostics de douleurs du pied gauche sur fasciite plantaire au décours et de probable surcharge de la première articulation métacarpo-phalangienne.

La durée de l'incapacité de travail dépendait des contraintes de l'activité. Pour une activité nécessitant la station debout prolongée, elle pouvait être de plusieurs mois. La reprise de l'activité de nettoyeuse, exercée debout, était encore prématurée, mais pourrait être envisagée deux mois plus tard au taux de 25%. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Le port de chaussures plates avec utilisation de supports plantaires était recommandé. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter la station statique debout prolongée (possibilité d'alterner les positions assise-debout), les déplacements sur de longues distances, ainsi que les montées et descentes répétées d'escaliers. Ces limitations diminueraient progressivement au cours des mois suivants.

Il était relevé par l'expert que l'assurée alléguait des douleurs constantes, à l'origine d'une très importante limitation de sa mobilité, mais n'avait montré aucun signe d'inconfort durant l'entretien et qu'elle se déplaçait avec des béquilles, sans toutefois décharger son pied gauche.

Selon l'expert, l'évolution était désormais favorable, avec un impact fonctionnel nettement moindre que celui annoncé par l'assurée.

- Dans un rapport du 18 mars 2022, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs au niveau du pied gauche persistaient et empêchaient l'assurée de marcher. Elle a également fait état de récurrence de douleurs dorso-lombaires liées à une démarche antalgique pour éviter l'appui sur le pied gauche. Qui plus est, l'utilisation de béquilles augmentait les contractures des épaules et du dos. Les limitations fonctionnelles concernaient la marche et la position debout prolongée. Seule une activité assise était possible au taux habituel.

c. Par décision du 5 avril 2022, confirmée sur opposition le 2 juin 2022, l'assureur, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2022. Saisie d'un

recours de l'assurée contre la décision de l'assureur perte de gain, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 22 février 2024 (ATAS/119/2024).

**d.** Ont encore été versés au dossier de l'OAI, notamment, les éléments suivants :

- Dans un rapport du 5 mai 2022, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu le diagnostic de fasciopathie plantaire avec tendinopathie fissuraire et œdème du calcanéum du pied gauche dans un contexte à tendance plat valgus avec métatarsalgie mécanique d'accompagnement. Le médecin a indiqué que l'évolution était peu favorable, avec la persistance d'une gêne à la marche limitant celle-ci à quelques minutes et nécessitant parfois des cannes anglaises. Il a préconisé de limiter les stations debout prolongées et la marche avec appui sur le pied gauche et a conclu à une incapacité de travail dans l'activité habituelle, précisant qu'en revanche, la capacité à exercer une activité adaptée aux limitations (par exemple, un travail administratif ne nécessitant, ni station debout, ni marche prolongées) était de 100%.
- Le 15 septembre 2022, la Dre C\_\_\_\_\_ a fait état de la persistance de douleurs au niveau du pied gauche, de l'exclusion d'une algodystrophie par une scintigraphie osseuse du 20 mai 2022 et de douleurs lombaires récidivantes. Une IRM lombaire du 14 juin 2022 avait montré une déchirure avec protrusion discale C4-C5, mais une électroneuromyographie (ENMG) du 23 juin 2022 n'avait pas révélé de signe en faveur d'une radiculopathie. Les limitations fonctionnelles consistaient à limiter les déplacements et à éviter la position debout prolongée, ainsi que le port de charges. Le médecin concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

**e.** Le dossier a été soumis au service médical régional (SMR) qui, en date du 10 novembre 2022, a considéré que l'activité habituelle n'était pas exigible, mais que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et ce, depuis au moins février 2022. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter la station debout statique prolongée, les déplacements sur de longues distances, les montées et descentes répétées d'escaliers.

**f.** Sont encore parvenus à l'OAI des rapports de consultations des 23 septembre 2022, 23 janvier 2023 et 30 mars 2023 du docteur E\_\_\_\_\_, médecin-adjoint aux HUG en chirurgie orthopédique, concluant à un pied plat valgus avec conflit du sinus tarse dans un contexte d'équin gastrocnémien à gauche. La situation était qualifiée de stationnaire, voire peu favorable. Étaient préconisés le port de semelles, d'une attelle de repos nocturne et de la physiothérapie, ainsi qu'une infiltration du fascia plantaire.

**g.** Le 15 août 2023, le SMR a confirmé son avis précédent : la capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée sans station debout prolongée, sans marche prolongée, sans

montées et descentes répétées d'escaliers, sans port de charges répété, privilégiant une activité sédentaire peu physique en position assise et permettant les changements de position.

**h.** Le 31 août 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

**i.** L'assurée a contesté ce projet en demandant à être mise au bénéfice de mesures professionnelles et en niant que son état se soit amélioré en mars 2021.

**j.** Par décision du 17 octobre 2023, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

A l'issue de l'instruction du dossier, l'OAI a reconnu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle à compter du 18 mars 2021. Cela étant, il a considéré que, par la suite, l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré de sorte qu'elle avait recouvré, à compter du 22 février 2022, une pleine capacité à exercer une activité adaptée à son état de santé.

Comparant le revenu qu'elle aurait réalisé sans invalidité, soit CHF 47'275.-, à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré celle-ci, soit CHF 54'222.-, l'OAI a conclu à l'absence de toute perte de gain.

Pour le surplus, il a constaté que les conditions d'octroi d'une mesure de reclassement professionnel n'étaient pas remplies.

**C. a.** Par écriture du 16 novembre 2023, déposée le lendemain au guichet de la Cour de céans, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

En substance, elle conteste la valeur probante de l'expertise sur laquelle l'OAI base sa décision, arguant que son état de santé ne s'est pas amélioré.

La recourante reproche également à l'intimé de ne pas lui avoir octroyé de mesures de réadaptation avant de lui reconnaître une capacité de travail dans une activité adaptée.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 décembre 2023, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que la recourante n'établit pas en quoi l'exercice d'activités simples ne serait pas exigible de sa part.

Estimant par ailleurs que les limitations fonctionnelles ne sont pas de nature à entraver la recourante de manière spécifique dans sa recherche d'emploi, il considère qu'une mesure d'aide au placement ne se justifie pas.

**c.** Par écritures des 8 et 30 janvier 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

En premier lieu, elle reproche à l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ – dont elle relève qu'il n'est ni orthopédiste, ni spécialiste du pied et de la cheville, ni même chirurgien

ou traumatologue – d’être incomplète, insuffisamment motivée et de ne pas tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

En second lieu, la recourante conteste avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En témoignent, selon elle, les radiographies de sa colonne thoracique et lombaire du 15 février 2021, les attestations de la Dre C\_\_\_\_\_, la scintigraphie et l’ENMG. La recourante soutient que les rapports des HUG du 17 août 2022 posent un nouveau diagnostic et attestent de la péjoration de sa symptomatologie : ses douleurs cervico-dorsales et lombaires justifieraient un arrêt de travail et lui interdiraient d’exercer une activité, même adaptée.

Enfin, la recourante fait grief à l’intimé de ne pas avoir pris son âge en considération.

**d.** Par écriture du 19 février 2024, l’intimé a persisté dans ses conclusions.

Il relève que la capacité de travail dans une activité adaptée est conforme à l’avis des médecins traitants de la recourante.

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

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l’art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l’organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l’art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l’assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

**1.2** À teneur de l’art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s’appliquent à l’assurance-invalidité, à moins que la loi n’y déroge expressément.

**1.3** Le délai de recours est de trente 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.

**2.** Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante aux prestations de l’assurance-invalidité, sous forme de rente et/ou de mesures de réadaptation.

**3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) et celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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

**3.2** En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit – s'il était reconnu – naîtrait après le 31 décembre 2021. En conséquence, les dispositions légales applicables seront citées, ci-après, dans leur nouvelle teneur.

**4.**

**4.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

**4.2** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (*cf.* al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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 (art. 29 al. 1 LAI).

### 4.3

**4.3.1** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 pour-cent. 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 le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, 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).

**4.3.2** 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).

**4.3.3** On précisera également que le « marché du travail équilibré », auquel se réfèrent les art. 7 et 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché

du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112). La complémentarité entre l'AI et l'assurance-chômage ne signifie pas que l'assuré qui est écarté du marché du travail puisse dans tous les cas se prévaloir soit de son invalidité soit de son statut de chômeur. Ainsi l'assuré présentant une atteinte grave à la santé peut fort bien ne pas être suffisamment invalide pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité de l'AI tout en étant apte au placement (ATF 109 V 25 consid. 3d). Étant donné que ces deux assurances ne font pas dépendre le droit aux prestations des mêmes conditions – l'invalidité pour l'une, l'aptitude au placement pour l'autre –, il est possible qu'en présence d'une seule et même atteinte à la santé, l'AI admette une capacité de travail entière alors que l'assurance-chômage nie toute aptitude au placement. Il se peut également qu'il existe un droit aux prestations tant de la part de l'AI que de celle de l'assurance-chômage. Une absence de droit non seulement vis-à-vis de la première, mais aussi de la seconde assurance est également envisageable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 du 3 mars 2006 consid. 2.3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Hans-Ulrich STAUFFER/ Basile CARDINAUX [éditeurs], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4<sup>ème</sup> éd., 2022, p. 346-347, n. 136 *ad art.* 28a LAI).

## 5.

**5.1** 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).

**5.2** 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 LPG), 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

**5.3** 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.

**5.3.1** 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.3.2** 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 LPGGA) 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).

**5.3.3** 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 (*cf.* ATF 125 V

351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**5.3.4** 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. 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\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

6. Selon la jurisprudence, tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Des difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves peuvent nécessiter la prise en compte – au besoin en se procurant des informations étrangères à l'anamnèse – d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_27/2015 du 26 août 2015 consid. 6.1).

## 7.

**7.1** 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante

---

suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**7.2** 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

- 8.** En l'espèce, la recourante conteste en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, à laquelle elle reproche d'être incomplète, insuffisamment motivée et de ne pas tenir compte de ses limitations fonctionnelles. La recourante relève également que le Dr D\_\_\_\_\_ n'est ni orthopédiste, ni spécialiste du pied et de la cheville, ni même chirurgien ou traumatologue.

La Cour de céans a déjà eu l'occasion d'examiner la valeur probante de cette expertise dans le cadre du litige ayant opposé l'assurée à l'assureur perte de gain (cf. ATAS/119/2024 op. cit.).

Dans cet arrêt, la Cour de céans s'est interrogée, à l'instar de la recourante, sur l'opportunité de la désignation d'un médecin du travail pour évaluer les répercussions sur la capacité de travail d'une fasciite plantaire – soit un trouble musculo-squelettique – qu'un rhumatologue, voire un chirurgien orthopédique, aurait vraisemblablement été mieux à même d'analyser. Cela étant, elle a rappelé que tout grief ayant trait au défaut de compétence d'un expert était d'ordre matériel et devait ainsi être examiné avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.4).

La Cour de céans a ensuite constaté, s'agissant du contenu dudit rapport, que si, au plan formel, il contenait tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence – soit, notamment, une anamnèse, un résumé du dossier et des diagnostics –, ses conclusions étaient insuffisamment motivées pour emporter la conviction. En particulier, on peine à comprendre sur quels éléments se fonde le Dr D\_\_\_\_\_

pour qualifier la fasciite plantaire d'affection « au décours », faute d'explications sur ce point. Il n'indique pas non plus quelles observations concrètes lui permettent de retenir que les limitations fonctionnelles – dont il reconnaît implicitement la persistance à la date de son examen, puisqu'il confirme que l'incapacité de travail reste justifiée à ce moment-là – disparaîtraient progressivement lors des mois suivants, ni les motifs qui le conduisent à qualifier l'évolution de favorable. L'absence de signes d'inconfort lors de l'entretien – durant lequel on peut raisonnablement supposer que la recourante était assise – n'est pas incompatible avec des douleurs et des difficultés à la mobilisation.

S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, les conclusions quant à une possible reprise deux mois après l'examen ne sont nullement motivées. Le Dr D\_\_\_\_\_ se contente de souligner qu'une fasciite peut avoir une incidence durant plusieurs mois sur la capacité de travail dans le cas d'une activité exercée debout. Or, un pronostic fondé sur l'évolution usuellement observée d'une atteinte ne suffit pas à démontrer le rétablissement futur de la capacité de travail, à défaut d'éléments concrets dans ce sens. On peut ici se référer par analogie au principe prévalant en matière d'assurance-accidents, selon lequel la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

En l'espèce, il n'existe aucun autre élément permettant d'accréditer la thèse d'une guérison de l'atteinte deux mois plus tard. Au contraire, la scintigraphie réalisée en mai 2022 a confirmé la persistance de la fasciite plantaire, l'aponévropathie plantaire décrite dans le rapport d'examen étant un terme synonyme (cf. Aponévropathie plantaire : mise au point 2021 *in* Revue médicale suisse 17 [2021] p. 1314). Le Dr G\_\_\_\_\_ a également rapporté, en juin 2022, des signes cliniques d'une telle atteinte. Les médecins des HUG ont eux aussi relaté une fasciite plantaire dans leur rapport de consultation du 23 septembre 2022.

La Cour de céans, à défaut de motivation suffisante quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022 malgré la persistance de l'atteinte à l'origine de l'incapacité de travail, a donc nié au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ toute valeur probante sur ce point.

Il est vrai que le Dr F\_\_\_\_\_, en mai 2022, a malgré tout également conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée telle qu'un travail administratif. Il s'est cependant prononcé du seul point de vue de l'atteinte aux membres inférieurs. Or, la Dre C\_\_\_\_\_, en septembre 2022, a fait état d'une péjoration au niveau lombaire et a conclu, de ce fait, à une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée. On rappellera que ce même médecin, en

octobre 2021, indiquait que la scoliose et les crises cervico-dorsales et lombaires n'avaient jamais entraîné d'arrêts de travail prolongés. Tout indique donc que la situation s'était nettement péjorée une année plus tard. Le SMR a certes fait siennes les nouvelles limitations évoquées par la Dre C\_\_\_\_\_, mais a conclu pour sa part à une pleine capacité de travail, sans argumenter aucunement les raisons pour lesquelles il s'écartait du taux retenu par ce médecin.

La position de l'une comme de l'autre n'étant guère motivées, la Cour de céans ne dispose pas d'éléments suffisants pour se prononcer sur la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée compte tenu de l'ensemble des atteintes dont elle souffre.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, au vu des carences de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ et du fait que les éventuelles répercussions des atteintes lombaires n'ont pas du tout été analysées par l'intimé, un renvoi de la cause pour instruction complémentaire s'impose. A cet égard, l'intimé pourra s'enquérir auprès de l'assureur perte de gain du résultat des mesures d'instruction mises en œuvre par celui-ci suite à l'arrêt de la Cour l'opposant à l'assurée.

Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

Le recours est partiellement admis en ce sens.

La recourante n'étant pas représentée, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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