

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4225/2020

ATAS/950/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 décembre 2024

Chambre 1

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Marie-Josée COSTA, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, a collaboré en qualité de gestionnaire de stock or au sein d'une entreprise d'horlogerie et de joaillerie sise dans le canton de Genève du 1^{er} octobre 1999 au 30 septembre 2011, date de la fin des rapports de travail consécutive à son licenciement.

b. En arrêt de travail pour cause de maladie à compter du 15 juin 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 15 octobre 2010.

c. Elle est assistée par l'Hospice général depuis le 1^{er} décembre 2011.

B. a. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu un rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2010 établi à la demande de l'assureur perte de gain maladie, par le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie auprès de la clinique C_____, qui a retenu, avec incidence sur la capacité de travail, une maladie de Sudeck bilatérale, complication postopératoire de deux interventions effectuées le 29 juin 2009, respectivement le 15 juin 2010, en considération d'un syndrome du tunnel carpien droit, puis gauche.

Il a estimé que la reprise de travail dans l'activité habituelle devait être à 100% dès le 1^{er} novembre 2011. En revanche, dans une activité adaptée évitant l'exposition au froid et au chaud en raison d'un phénomène de Raynaud, les mouvements de préhension fine et le port de charges supérieures à 5 kg, la reprise était possible à plein temps à partir du 1^{er} janvier 2011.

b. Suivant les recommandations de son service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a confié une expertise au docteur D_____, spécialiste en médecine interne, qui, dans un rapport du 27 janvier 2012, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de raideur des doigts de la main gauche (séquelle d'une maladie de Sudeck survenue après neurolyse du nerf médian) depuis août 2010, de cervicalgies communes depuis 2009, de maladie de Raynaud secondaire, modérée, de syndrome bilatéral du défilé thoracique depuis octobre 2008, et ceux, sans effet sur la capacité de travail, d'anticorps antinucléaire positifs depuis fin 2009, de fibromyalgie depuis janvier 2011, de lombalgies communes par accès depuis 2009, et de status après neurolyse du nerf médian au canal carpien droit en juin 2009 compliquée par une maladie de Sudeck. Les diagnostics nécessitant un examen complémentaire étaient ceux de spasmophilie existant depuis 1980 et d'un état dépressif depuis janvier 2010.

Selon l'expert, l'assurée présentait les limitations suivantes au plan physique : sensibilité au froid (pour les mains), utilisation d'engins vibrants pour les doigts, exposition au chlorure de polyvinyle, élévation d'un bras ou des deux au-dessus de la ligne des épaules, inclinaison de la colonne vertébrale au-delà de 20°, port

de charges supérieures à 20 kg, et, jusqu'au 1^{er} avril 2012, restriction dans la préhension pour de fins objets.

Il a conclu que l'activité d'employée de bureau en production (responsable de l'approvisionnement en pièces, gestionnaire des stocks) était à nouveau possible à plein temps dès le 1^{er} avril 2012. Une activité adaptée sans sollicitation des bras au-dessus de la ligne des épaules et moyennant une mobilisation de la colonne cervicale était également exigible à 100%.

c. En se fondant sur l'avis du SMR du 8 mars 2012, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui a été réalisée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après : I_____).

Dans un rapport du 19 février 2013, les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après opération d'un tunnel carpien bilatéral, et sans répercussion sur la capacité de travail, de migraines avec et sans aura visuelle, sensitive et aphasique, de probable forme familiale, d'un état douloureux chronique diffus, de pouce gauche à ressaut, d'un syndrome de CREST incomplet, de lombalgies non spécifiques, de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), de trouble anxieux sans précision (F41.9) intégrant des crises de spasmophilie depuis l'enfance, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25), dans le cadre d'une prescription médicale.

Ils ont exposé que l'assurée ne présentait aucune limitation aux plans psychique et mental. Elle devait par contre éviter tout travail impliquant une exposition au froid, l'emploi de machines vibrantes et l'utilisation d'une force de préhension importante, en particulier de la main gauche. Ces limitations ne concernaient toutefois pas la dernière activité qu'elle occupait, qui avait été adaptée par l'employeur, et qu'elle pouvait exercer à 100% dès décembre 2011.

d. Lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, par décision du 3 février 2014, confirmant un projet de décision du 16 avril 2013, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} avril 2011 au 29 février 2012. Il a considéré que, quand bien même elle avait droit à une rente entière à l'issue du délai légal d'attente le 15 juin 2010, la rente ne pouvait lui être versée qu'à partir d'avril 2011 - compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations - jusqu'au 29 février 2012 eu égard à l'amélioration de son état de santé dès le 1^{er} décembre 2011, date à compter de laquelle sa capacité de travail était entière dans toute activité.

C. a. Saisie d'un recours contre la décision du 3 février 2014, par arrêt du 11 novembre 2014 (ATAS/1169/2914), la chambre de céans a annulé ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI, celui-ci ayant lui-même admis que l'état de

santé de l'assurée s'était possiblement aggravé depuis le rapport d'expertise de la I_____.

b. Par décision incidente du 22 mai 2017, l'OAI a confirmé qu'il entendait confier un mandat d'expertise à la I_____ aux docteurs J_____, généraliste, K_____, neurologue, L_____, psychiatre, et à la docteure M_____, rhumatologue.

c. Par arrêt du 7 novembre 2017 (ATAS/988/2017), la chambre de céans, constatant qu'il n'avait pas été procédé à la désignation de la I_____ et des experts susmentionnés de manière aléatoire, a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il mette sur pied une expertise pluridisciplinaire par le biais de N_____.

D. a. Sur ce, l'assurée a été examinée par les docteurs O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et R_____, spécialiste FMH en neurologie, auprès de S_____ (ci-après : S_____).

Dans un rapport d'expertise consensuelle du 4 septembre 2018, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), des troubles sensitifs des membres supérieurs et inférieurs sans origine neurologique objectivable, avec status après neurolyse du nerf médian droit au niveau du canal carpien compliqué semblait-il d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), status après deux neurolyses du nerf médian gauche au canal carpien compliqué semblait-il d'un CRPS, et status après intervention pour suspicion de syndrome du défilé thoracique (TOS) gauche, des céphalées avec caractéristiques actuelles de céphalées tensionnelles, des cervicolombalgies chroniques d'étiologie indéterminée avec troubles dégénératifs pluri-étagées de la colonne cervicale et lombaire non spécifiques, ainsi qu'un phénomène de Raynaud, photosensibilité et présence d'anticorps antinucléaires de signification indéterminée.

Ils ont indiqué que l'assurée devait éviter tout travail nécessitant l'exposition au froid et l'utilisation de machines vibrantes en raison du phénomène de Raynaud, ainsi qu'une force de préhension ou des mouvements fins des doigts.

Ils ont conclu que la capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle de gestionnaire de stock depuis le 15 juin 2009, était entière dans une activité adaptée du 1^{er} décembre 2011 au 27 août 2013 - date à laquelle l'assurée avait subi une seconde intervention sur le tunnel carpien gauche -, nulle ensuite jusqu'au 13 août 2014 - date de la consultation au département de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) au cours de laquelle une disparition des troubles trophiques en rapport avec le CRPS avait été relevée -, ainsi que de novembre 2015 - en raison de la chirurgie du TOS compliquée à nouveau d'un CRPS - au 6 juin 2016, date à compter de laquelle une reprise de l'activité professionnelle à 50% pouvait être envisagée selon le médecin traitant. À partir de cette date, la capacité de travail était toutefois estimée entière par les

experts après une reprise à 50% au vu du long temps écoulé sans activité, à augmenter sur quelques semaines, étant précisé que ces incapacités de travail étaient en lien uniquement avec le CRPS développé après chaque chirurgie.

b. Après que, par avis des 20 septembre et 5 octobre 2018, le SMR a suivi les conclusions de cette expertise. Dans un projet de décision du 12 octobre 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2011 au 29 février 2012, à une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 53% du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2013, et à une rente entière du 1^{er} novembre 2013 au 1^{er} novembre 2014 ainsi que du 1^{er} février au 1^{er} septembre 2016.

c. Le 15 novembre 2018, l'assurée a contesté ce projet de décision, en joignant divers rapports de ses médecins traitants.

d. Sur demande de l'OAI, le Dr Q_____ a rédigé un complément d'expertise le 13 février 2019. Il s'est déterminé sur les nouveaux rapports médicaux produits et a conclu que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusqu'ici ne variait pas d'un point de vue rhumatologique. Il a considéré que l'on pouvait admettre une diminution de la capacité de travail pour toute activité manuelle nécessitant des travaux de force, de préhension avec les mains et des mouvements fins avec les doigts compte tenu des trois opérations du tunnel carpien, de la notion d'algodystrophie ou syndrome de Sudeck postopératoire aux deux mains. D'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail médico-théorique était complète dans une activité physiquement légère ne nécessitant pas de mouvements de préhension ou de force avec les mains ou l'utilisation continue des mains, d'exposition au froid, voire l'utilisation d'engins vibrants avec les mains.

e. Par avis du 20 février 2019, le SMR a proposé un nouveau complément d'expertise rhumatologique auprès d'un autre expert, le Dr Q_____ n'ayant pas examiné l'assurée. Par avis du 28 mars suivant, le SMR a considéré que l'expertise devait inclure un volet neurologique, dans la mesure où, selon le médecin traitant, la mise en place d'un stimulateur médullaire était prévue entre mars-avril 2019 en raison des douleurs neurogènes prédominant aux membres supérieurs.

f. Le docteur T_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la docteure U_____, spécialiste FMH en neurologie, du V_____ (ci-après : V_____) ont établi un nouveau rapport d'expertise consensuelle le 16 avril 2020.

Ils ont posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique (sans substrat clairement objectivable) assimilé à une fibromyalgie, de status post possible syndrome du tunnel carpien droit, opéré par neurolyse du nerf médian droit au carpe en 2009 et compliqué d'un CRPS, de status post probable syndrome du tunnel carpien gauche, traité par neurolyse du nerf médian gauche au carpe en 2010, compliqué d'un CRPS et ré-intervention le 4 septembre 2013 par neurolyse du nerf médian et ulnaire au poignet et couverture du nerf médian par un lambeau

synovial, compliqué également d'un CRPS, de syndrome du défilé thoracique, de migraines non incapacitantes, de lombosciatalgies gauches non déficitaires, de cervicalgies simples sans irradiation systématisée du point de vue neurologique, de connectivite indifférenciée (?) - phénomène de Raynaud primaire, photosensibilité du visage et du décolleté, facteur antinucléaire à un taux élevé -, de tendinites nodulaires des fléchisseurs des doigts, de fasciite plantaire bilatérale, et de déconditionnement musculaire.

Ils ont considéré que l'assurée devait éviter l'exposition au froid, l'utilisation de machines vibrantes, le travail nécessitant une force de préhension ou des mouvements fins des objets en raison du phénomène de Raynaud et des séquelles des syndromes douloureux régionaux complexes, ainsi que le port de charges supérieures à 5 kg les bras proches du corps, 2 kg éloignés du corps, les positions immobiles debout ou en porte-à-faux prolongées, les mouvements répétitifs du tronc, les travaux en hauteur et la marche en terrains inégaux, en raison des lombalgies et des fasciites plantaires.

Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 juin 2009. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était évaluée à 100% du 1^{er} décembre 2011 au 27 août 2013, à 0% du 27 août 2013 au 13 août 2014, à 100% du 13 août 2014 au 31 octobre 2015, à 0% du 1^{er} novembre 2015 au 15 février 2017, et à 100% depuis lors jusqu'au 19 juillet 2019, date à compter de laquelle elle était de 90%, en raison des limitations des mains qui ralentissaient toutes les manipulations.

g. Par avis du 20 mai 2020, le SMR a fait siennes les conclusions de ces experts.

h. Dans son avis du 20 octobre 2020, le SMR s'est déterminé sur un rapport établi le 4 septembre 2020 par le docteur W_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui indiquait avoir constaté avec le docteur X_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que l'assurée souffrait d'une talalgie bilatérale depuis novembre 2019. L'assurée avait bénéficié d'infiltrations en mars et en juin 2020 avec succès, mais de courte durée. Le diagnostic retenu était celui d'une fasciite plantaire associée à une neuropathie de Baxter. Le médecin considérait qu'à ce stade (échec du traitement conservateur), il existait une indication chirurgicale. Le pronostic, suite à cette opération, était en principe favorable concernant les douleurs (taux de succès 80%).

Le SMR en a conclu que, selon toute vraisemblance, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis novembre 2019 en raison de cette fasciite. La capacité de travail était par conséquent nulle depuis novembre 2019. La situation médicale ne pouvait pas être retenue comme stabilisée pour les raisons orthopédiques évoquées. Ainsi, il convenait d'interroger les Drs W_____ et X_____ environ trois mois après l'intervention chirurgicale.

i. Par prononcé du 12 octobre 2020, annulant et remplaçant celui du 8 octobre 2018, l'OAI a invité la caisse de compensation de l'industrie horlogère (ci-après : la caisse) à calculer le montant des rentes dues à l'assurée, mais d'attendre la motivation avant d'effectuer les éventuelles compensations et de notifier la décision. Il a mentionné en particulier que le degré d'invalidité était de 100% dès le 15 juin 2010, de 56% dès le 1^{er} mars 2012, de 100% dès le 1^{er} décembre 2013, de 53% dès le 1^{er} décembre 2014, de 100% dès le 1^{er} février 2016 et de 56% dès le 1^{er} juin 2017.

j. Par décisions du 12 novembre 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2011 au 29 février 2012, une demi-rente du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2013, une rente entière du 1^{er} novembre 2013 au 30 novembre 2014, une demi-rente du 1^{er} décembre 2014 au 31 janvier 2016, une rente entière du 1^{er} février au 30 septembre 2016, et une demi-rente depuis le 1^{er} octobre 2016.

E. a. Par actes du 15 décembre 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours contre lesdites décisions. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2011 sans interruption et pour une durée indéterminée, ainsi qu'au paiement de CHF 6'861.-, correspondant aux rentes relatives à août, septembre et octobre 2014 qui avaient été, selon elle, versées rétroactivement à tort à l'Hospice général.

Les recours ont été enregistrés sous les numéros de cause A/4225/2020, A/4226/2020, A/4228/2020 et A/4229/2020.

b. Le 23 décembre 2020, la chambre de céans a procédé à la jonction de ces quatre causes en une seule et même procédure sous le numéro A/4225/2020.

c. Dans sa réponse du 12 janvier 2021, l'intimé a proposé à la chambre de céans de prononcer le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, au motif que :

« Il apparaît que, bien que notre office ait repris l'instruction médicale suite à des pièces produites par la recourante dans le cadre de l'audition, ces informations n'ont pas été transmises en temps utile à la caisse de compensation compétente, à savoir avant que celle-ci ne notifie les décisions litigieuses ».

d. Invitée à se déterminer, le 28 janvier 2021, la recourante a fait valoir que, à ce stade, l'intimé était à même de se prononcer sur plusieurs points qui pourraient d'ores et déjà être tranchés, soit le versement des rentes du 1^{er} août au 31 octobre 2014 et de la rente entière d'invalidité reconnue selon le prononcé du 15 (recte : 12) octobre 2020 à compter du 1^{er} février 2016 jusqu'au 31 mai 2017 et non jusqu'au 30 septembre 2016, et le droit à une rente entière depuis novembre 2019, dès lors que le SMR avait admis le 20 octobre 2020 que l'incapacité de travail était entière à compter de cette date.

e. Par courrier du 11 mars 2021, l'intimé a indiqué qu'il ne pouvait sur le plan médical se déterminer en l'état du dossier, étant donné qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire à la suite des observations produites par la recourante à l'appui de ses objections au projet de décision du 12 octobre 2018.

Il a, par ailleurs, transmis la réponse de la caisse du 4 mars 2021, de même qu'une copie de la demande de compensation de l'Hospice général du 11 novembre 2020.

f. Par courrier du 25 mars 2021, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas encore obtenu satisfaction du fait que les explications fournies par la caisse ne correspondaient pas à la décision du 12 novembre 2020 s'agissant de la période du 1^{er} mars 2012 au 30 novembre 2014. Elle relevait qu'un complément d'instruction était jugé nécessaire par l'intimé sur le plan médical sans qu'il précise sur quelle période il devait porter. Elle rappelait enfin que, selon l'avis du SMR du 20 octobre 2020, une incapacité totale de travail à compter de novembre 2019 aurait été admise, ce qui impliquait le droit à une rente entière depuis cette date.

Elle a joint en particulier :

- son courrier du 22 mars 2021 à la caisse par lequel elle lui reprochait d'avoir rendu le 12 novembre 2020 des décisions non conformes, en alléguant que « celle qui porte sur la période du 1^{er} février 2016 au 31 mai 2017 prévoit le versement à l'Hospice général d'un montant de CHF 5'802.- à titre de rétroactif. Or, selon mes calculs, durant cette période, l'Hospice général pourrait réclamer le remboursement au maximum de CHF 29'526.35 et d'après la nouvelle décision [de la caisse] du 5 mars 2021 des prestations à hauteur de CHF 27'568.- ont déjà été versées à l'Hospice général (...). Il en résulte une différence au maximum de CHF 1'958.35 et non de CHF 5'802.- »;
- les deux décisions du 5 mars 2021, annulant et remplaçant celles du 12 novembre 2020, par lesquelles l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière du 1^{er} février 2016 au 31 mai 2017, et à une demi-rente dès le 1^{er} juin 2017.

g. Le 14 mai 2021, l'intimé a transmis à la chambre de céans la détermination de la caisse datée du 29 avril 2021.

Il constatait que, voulant corriger la motivation erronée relevée par la recourante, la caisse avait annulé deux décisions du 12 novembre 2020 et notifié deux nouvelles décisions le 5 mars 2021. Bien que celles-ci ne fassent pas partie expresse des recours interjetés le 15 décembre 2020, il proposait dans ces conditions d'étendre l'objet du litige, ces deux nouvelles décisions étant intimement liées à la présente procédure.

Il rappelait que le SMR avait certes admis que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était vraisemblable, mais a précisé qu'elle devait encore être investiguée.

Il maintenait dès lors ses conclusions en annulation et renvoi du dossier pour suite d'instruction. Subsidiairement, il proposait l'annulation partielle en confirmant le droit aux prestations déjà octroyées.

h. Le 7 juin 2021, la recourante a indiqué qu'elle était d'accord d'inclure les deux nouvelles décisions du 5 mars 2021 dans l'objet du litige.

Elle ne partageait en revanche pas la position de l'intimé s'agissant de l'aggravation de son état de santé, au vu de l'avis du SMR du 20 octobre 2020. Elle relevait que la période concernée par la reprise d'instruction proposée par l'OAI n'avait toujours pas été précisée. Elle prenait note de la proposition de l'intimé de faire confirmer par la chambre de céans les prestations d'ores et déjà octroyées, et ne s'y opposait pas. Elle soulignait toutefois qu'elle persistait dans ses conclusions quant à l'octroi d'une rente entière sans interruption à compter du 1^{er} avril 2011.

i. Le 1^{er} juillet 2021, l'intimé a déclaré qu'il maintenait ses précédentes conclusions, soit principalement le renvoi du dossier pour reprise de l'instruction médicale.

j. Interrogé par la chambre de céans, l'intimé a fait savoir le 6 décembre 2021 qu'il entendait instruire le dossier seulement sur la période à compter de novembre 2019.

k. Par arrêt sur partie du 18 janvier 2022 (ATAS/19/2022), la chambre de céans a pris acte de ce que le litige était étendu aux nouvelles décisions du 5 mars 2021, admis le recours s'agissant de la période postérieure à novembre 2019 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, puis réservé la suite de la procédure s'agissant de la période courant d'avril 2011 à novembre 2019.

l. Le 29 août 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise pluridisciplinaire au docteur Y_____, spécialiste en neurologie, au docteur Z_____, spécialiste en rhumatologie, et au docteur AA_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du AB_____ à AC_____, et un délai a été accordé aux parties au 19 septembre 2022 pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

m. Le 16 septembre 2022, la recourante a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer.

n. Le 19 septembre 2022, l'intimé, en se référant à l'avis du même jour du SMR, a considéré qu'il était nécessaire d'interroger les experts également sur les répercussions de la fasciite plantaire évoluant depuis 2019, car il n'était pas possible d'ignorer son impact dans l'évaluation globale de la capacité de travail, en complément à l'instruction qu'il menait. Il proposait en outre qu'un dosage sanguin de psychotropes et d'antalgiques soit effectué pour vérifier la compliance au traitement.

o. Le 23 septembre 2022, la chambre de céans a invité l'intimé à préciser son courrier s'agissant d'interroger les experts également sur les répercussions de la fasciite plantaire, puisque la question lui avait été renvoyée par arrêt sur partie du 18 janvier 2022.

p. Dans son écriture du 27 octobre 2022, l'intimé a constaté que le fait de scinder le cas en deux périodes distinctes aurait pour effet que l'évaluation du droit aux prestations serait considérablement prolongée en défaveur de la recourante et irait *de facto* à l'encontre de l'effet dévolutif du jugement, l'expertise mandatée amenant les experts à se prononcer sur des éléments qui lieraient ensuite l'OAI dans son appréciation, alors même qu'un renvoi avait été prononcé sur la période postérieure à novembre 2019. Il a conclu en conséquence au renvoi du dossier dans sa totalité.

q. Le 5 décembre 2022, la recourante s'est opposée au renvoi. L'OAI avait lui-même proposé le renvoi pour instruction complémentaire à compter de novembre 2019 et avait demandé par courrier du 19 septembre 2022 que les experts soient interrogés sur les répercussions de la fasciite plantaire évoluant depuis 2019 et demandait ainsi d'étendre l'expertise pour la période postérieure à novembre 2019. Il ne s'agissait pas d'un cas où la période postérieure devait être tranchée par le tribunal cantonal, mais de celui où la chambre devait se prononcer sur la situation jusqu'à novembre 2019 et l'intimé pourrait se prononcer sur la période postérieure.

r. Le 17 février 2023, la recourante a transmis de nouvelles pièces médicales et le 16 octobre 2023, elle a requis des informations sur la suite de la procédure.

s. Le 2 novembre 2023, la chambre de céans a informé les parties que le Dr Z_____ n'était plus en mesure d'effectuer l'expertise et que celle-ci serait confiée au docteur AD_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

t. Le 14 novembre 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre du Dr AD_____.

u. L'intimé n'a pas soulevé d'objections.

v. Par ordonnance du 4 décembre 2023 (ATAS/937/2023), la chambre de céans, après avoir expliqué les motifs pour lesquels les conclusions du rapport d'expertise du V_____ n'emportaient pas la conviction, a ordonné une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique de la recourante, et commis à ces fins les Drs Y_____, AD_____ et AA_____.

w. La recourante a été examinée les 29 janvier et 4 mars 2024. Dans un rapport du 5 août 2024, les experts judiciaires ont considéré, d'un point de vue consensuel, que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2010 en raison des seules atteintes rhumatologiques, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques depuis toujours.

x. Dans ses observations du 3 septembre 2024, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du SMR du même jour, qui faisait siennes les conclusions de l'expertise judiciaire.

y. Dans ses observations du 27 août 2024, la recourante a persisté dans les termes et conclusions de ses écritures antérieures, et sollicité une nouvelle expertise judiciaire.

Elle a fait valoir qu'en page 5 du rapport d'expertise judiciaire, les rapports médicaux des 17 et 21 mai ainsi que du 17 juillet 2024 n'étaient pas cités. Le tableau des incapacités de travail figurant en page 6 était erroné, de nombreux médecins ayant attesté une incapacité de travail complète dès 2009 sans interruption. Elle en a conclu que les experts avaient choisi les éléments à prendre en compte et étaient partis de prémisses erronées.

Par ailleurs, les experts n'avaient pas expliqué les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail dans l'activité habituelle remontait à janvier 2010 alors que la recourante avait été opérée en juin 2009 d'un syndrome du tunnel carpien droit qui s'était compliqué d'un CRPS. Tous les médecins ayant procédé à son examen (experts) ou l'ayant suivie avaient reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité dès 2009. Cela démontrait l'absence d'analyse profonde du dossier. Elle était stupéfaite de lire qu'elle aurait eu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis toujours, alors que non seulement ses médecins mais encore les cinq précédents experts avaient admis des incapacités de travail totales dans une activité adaptée de 2009 à ce jour. Elle a rappelé avoir subi quatre opérations qui s'étaient compliquées d'un CRPS.

Sous l'angle neurologique, l'expert citait des passages choisis et approximatifs des documents au dossier et s'était trompé sur un élément aussi basique que son âge. Il omettait de citer le rapport du docteur AE_____ (médecin généraliste) du 16 novembre 2011 qui indiquait qu'elle ne pouvait pas utiliser ses mains et bras. Il oubliait également que, dans son rapport du 14 mars 2014, le docteur AF_____ (angiologue) expliquait que l'examen angiologique retrouvait un syndrome bilatéral du défilé thoracique, prédominant à gauche, avec des signes et échodoppler tout à fait nets de compression vasculaire dans les défilés costo-claviculaires, prédominant à gauche. L'expert ne mentionnait pas non plus le rapport de la docteure AG_____ (chirurgienne de la main) de mai 2015 qui attestait de l'absence d'amélioration, des paresthésies, des douleurs neurogènes, des difficultés de mobilisation des membres supérieurs et du manque de force. Il citait le rapport du 9 juillet 2015 de cette spécialiste sans préciser que l'intervention préconisée avait pour but de stopper les dégâts neurologiques, mais qu'une amélioration clinique n'était pas garantie. S'agissant du rapport du docteur AH_____ (chirurgien de la main) du 6 juin 2016, l'expert ne mettait pas en évidence que la capacité de travail de 50% était une pure hypothèse, le Dr AH_____ se limitant à indiquer qu'il « faudrait essayer ». L'expert ne relevait pas non plus que le rapport des HUG du 17 février 2017 faisait état de douleur neuropathique probablement résiduelle à la compression des nerfs périphériques

au niveau du canal carpien ainsi que du syndrome du défilé thoracique compliqués par un CRPS. Ce rapport faisait également état de son anxiété importante et de son état dépressif. L'expert n'avait pas non plus mis en évidence l'œdème et l'inflammation constatés dans le rapport d'IRM du 9 octobre 2017.

De plus, l'expert ne mentionnait pas l'analyse ou l'évolution des quatre interventions et des CRPS s'en étant systématiquement suivis. La recourante s'étonnait que l'expert n'ait pas admis que les céphalées, pourtant reconnues, étaient incapacitantes, alors qu'elles survenaient chaque semaine, duraient plusieurs heures et l'empêchaient de travailler pendant leur existence. L'expert constatait notamment des hypoesthésies des membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'un « empâtement » cervical limitant l'amplitude des mouvements, mais les banalisait. L'expert se contredisait en retenant que les migraines relevaient d'un diagnostic neurologique tout en concluant à l'absence d'atteinte neurologique et donc à une totale capacité de travail depuis toujours. Il prétendait à tort que les neurologues traitants auraient retenu une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours. Dans son rapport de décembre 2016, le docteur AI_____ (neurologue) observait une anomalie avec un tracé à tendance neurogène dans le cours abducteur du pouce gauche qui pourrait être une séquelle du défilé thoracique ou post cure de canal carpien. Dans son rapport du 18 juillet 2016, le docteur AJ_____ (neurologue) faisait état d'une asymétrie des achillées en défaveur de la droite pouvant témoigner d'une atteinte S1 ainsi que d'une hypoesthésie. L'ENMG du docteur AK_____ (neurologue) montrait une dénervation chronique avec une atteinte sensitive bilatérale. L'ENMG du docteur AL_____ (neurologue) constatait des signes de dénervation-réinnervation d'allure chronique assez marqués dans le triceps des deux côtés et une atteinte radiculaire L5 ou L4, ce qui n'était ni mentionné ni pris en compte dans l'analyse de l'expert. Le rapport d'IRM du 17 mai 2024 avait mis en évidence une spondylodiscarthrose en C5-C6-C7, une diminution d'amplitude foraminale bilatérale C6-C7 et un probable contact-conflit radiculaire en C7, ce qui avait déjà été relevé par le docteur AM_____ (neurochirurgien) en 2018. L'expert ne discutait pas et n'avait pas pris en compte ces rapports.

Sous l'angle rhumatologique, l'expert s'était basé sur la situation présente au moment de l'expertise uniquement. Il n'avait pas tenu compte des suites et des incapacités de travail totales résultant des interventions, des CRPS et des séquelles qui s'en étaient suivis depuis 2009, à l'inverse de ses confrères dans le cadre des précédentes expertises. Son rapport ne contenait pas d'anamnèse et ne discutait pas des rapports au dossier ou obtenus dans le cadre de l'expertise. L'expert fixait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à janvier 2010, alors que la recourante avait été opérée en juin 2009. Ses conclusions étaient un non-sens. Il retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis janvier 2010, puis indiquait que l'expertisée était en incapacité de travail totale pour son pied depuis novembre 2019. L'expert devait juger l'état de santé dans

son ensemble. Il devait dès lors retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis juin 2009 sans interruption. « Une atteinte supplémentaire ne conduisait pas à ajouter une incapacité de travail totale à une seconde ». L'expert n'avait pas non plus suffisamment tenu compte des atteintes rachidiennes. Il avait indiqué ne pas prendre en considération les atteintes au tunnel carpien ni au défilé thoracique pour fixer la capacité de travail car il s'agissait d'atteintes neurologiques qui sortaient de son champ de compétence. Or, l'expert neurologue avait estimé que ces atteintes ne ressortaient pas non plus de la neurologie. Des atteintes attestées ayant conduit à quatre interventions compliquées par des CRPS n'avaient été prises en compte par aucun des deux experts pour fixer sa capacité de travail. Leurs conclusions ne pouvaient donc pas être suivies. L'expert rhumatologue mentionnait n'avoir pas trouvé au moment de son examen certains des diagnostics posés par ses prédécesseurs. Or, son rôle était de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé dans le temps et pas seulement sur les éléments présents lors de son examen. La recourante a ajouté être toujours en incapacité de travail totale, contrairement aux allégations de l'expert, car d'autres atteintes à la santé s'étaient ajoutées. L'expert n'avait pas pris connaissance du rapport d'IRM de la cheville du 12 février 2023 ni du rapport d'IRM cérébrale de décembre 2023.

Sous l'angle psychiatrique, l'expert s'était basé uniquement sur les éléments présents au moment de son examen, sans procéder à l'examen de l'évolution de l'état de santé dans le temps.

La recourante en a tiré la conclusion que le rapport d'expertise judiciaire n'avait aucune valeur probante.

Elle a joint les bons de prescription de physiothérapie et pour une infiltration.

z. Copie de ces écritures a été transmise aux parties pour information.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'arrêt sur partie du 18 janvier 2022 ; il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2019.

Il sera rappelé que par arrêt sur partie du 18 janvier 2022, le dossier avait été renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire en ce qui concerne la période postérieure à novembre 2019 (notamment pour l'atteinte orthopédique), laquelle n'est donc pas visée par la présente procédure. Par ailleurs, le fait, comme en l'espèce, de statuer matériellement sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour une période déterminée (jusqu'au 31 octobre 2019) et de renvoyer la cause à

l'administration pour nouvelle décision en ce qui concerne la période postérieure n'est pas contraire au droit (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_566/2015 du 2 septembre 2015 consid. 5.2).

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) et de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) - applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI - (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'occurrence, les décisions querellées (des 12 novembre 2020 et 5 mars 2021) ont été rendues antérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3.2 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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'art. 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).

3.3

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 (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

3.3.3 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).

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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

3.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimé, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 20 mai 2020, lui-même fondé sur l'expertise neurologique et rhumatologique du V_____ du 16 avril 2020, a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2011 au 29 février 2012, du 1^{er} novembre 2013 au 30 novembre 2014 et du 1^{er} février 2016 au 31 mai 2017, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2013, du 1^{er} décembre 2014 au 31 janvier 2016, ainsi que depuis le 1^{er} juin 2017. La recourante a contesté la réduction de sa rente d'invalidité.

Par ordonnance du 4 décembre 2023, la chambre de céans a ordonné une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique de la recourante.

Le rapport d'expertise judiciaire du 5 août 2024 repose sur les pièces médicales du dossier (p. 5, 53-119), l'anamnèse (p. 7-15, 27-30, 39-42), les plaintes de la recourante (p. 15, 30-31, 42-43), l'examen clinique (p. 16-17, 31-33, 43-46) complété par des examens radiologiques (p. 53-61), une discussion des avis médicaux au dossier (p. 24-27, 37-39, 51-52) et une synthèse consensuelle (p. 6-7).

4.1.1 Sur le plan neurologique, l'expert judiciaire a mis en évidence une hypoesthésie algo-tactile au niveau des membres supérieurs, à gauche, sur la pulpe de l'auriculaire et du majeur ainsi que le bord interne de la main sur la face palmaire, et à droite, sur la pulpe de l'index et de l'auriculaire. Il a également observé un empâtement cervical limitant l'amplitude des mouvements passifs.

L'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient : des cervicalgies sur troubles dégénératifs au niveau cervical en C5-C6 et C6-C7 (janvier 2010), des lombalgies non déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire avec lipomatose épidurale modérée en L5-S1 et douleurs des membres inférieurs (2010), un status après libération du nerf médian droit au carpe (juin 2009) compliqué d'un syndrome de Südeck, un status après libération du nerf médian gauche au carpe (juin 2010) et reprise chirurgicale (août 2013) compliquées d'un syndrome de Südeck, un status après neurolyse du plexus brachial gauche supra-claviculaire et infra-claviculaire pour un syndrome du défilé thoracique (novembre 2015), des migraines avec et sans aura (1986). À titre de comorbidités, étaient par ailleurs mentionnés un phénomène de Raynaud (2007), une probable connectivité indifférenciée (2011), des troubles anxio-dépressifs réactionnels (2014) et une spasmophilie (vers 1980).

L'expert a relevé que les maux de tête remplissaient les critères de la classification internationale des céphalées (diagnostic de migraine avec et sans aura). Compte tenu de la bonne réponse au traitement, il s'agissait d'un trouble de faible degré de gravité, non incapacitant.

En ce qui concernait les cervicalgies, au fil des ans, les troubles dégénératifs progressaient sans conflit radiculaire avec une bonne préservation des réflexes et l'absence de déficit susceptible d'orienter vers un dermatome ou myotome. L'empâtement cervical qui limitait l'amplitude des mouvements passifs était en relation avec les troubles dégénératifs sans contracture franche de la musculature. L'expert en a conclu que le degré de gravité était faible.

S'agissant des mains, l'expert a rappelé que la survenue de paresthésies et de douleurs à prédominance nocturne avait à l'époque fait suspecter un syndrome du tunnel carpien. En 2009, cependant, le docteur AN_____ (neurologue) avait indiqué que cette hypothèse n'était soutenue ni par son examen clinique ni par les tests électrophysiologiques. En janvier 2010, le Dr AL_____ (neurologue) était parvenu à la même conclusion. En 2013, le docteur H_____ (neurologue) avait fait état d'une « légère hypoesthésie tacto-algique pour la dernière phalange du pouce gauche » et, au plan électrophysiologique, une légère atteinte myélinique focale sensitive du nerf médian au canal carpien des deux côtés, ralentissement évoqué en 2013 dans le rapport du Dr AK_____ (neurologue). Ce ralentissement intervenait après les opérations et ne concernait que les neurographies sensibles et non les fibres motrices, la latence motrice distale du nerf médian restait dans les normes. En 2016, le Dr AI_____ (neurologue) ne retenait pas de signe de neuropathie lésionnelle aux sites d'enclavement habituels (nerfs médians aux carpes, nerfs ulnaires aux coudes). En 2018, l'examen des membres supérieurs par le Dr AL_____ était normal, de même que les vitesses de conduction. L'examen clinique de l'expert judiciaire révélait des troubles sensitifs mal systématisés se répartissant très partiellement dans le territoire des nerfs médian et cubital des deux côtés et ne correspondant pas à un territoire radiculaire ou tronculaire. Les tests électrophysiologiques, réalisés dans le cadre de l'expertise judiciaire, excluaient un syndrome d'enclavement du nerf médian au carpe et du nerf cubital au défilé thoracique. L'exploration à l'aiguille mettait en lumière « des signes de dénervation-réinnervation d'allure chronique assez marqués dans le triceps, moins dans le deltoïde et l'extenseur commun des doigts », cela des deux côtés « pratiquement symétriques ». L'expert judiciaire en a tiré la conclusion que, au plan strictement neurologique, il n'y avait jamais eu d'argument clinique ou électrophysiologique en faveur des données anamnestiques d'un enclavement du nerf médian au carpe. L'IRM cervicale, également effectuée dans le cadre de l'expertise judiciaire, montrait des troubles dégénératifs pluri-étagés qui prédominaient en C6-C7 où existait une « discrète composante foraminale bilatérale » engendrant un « possible contact-conflit en C7 » des deux côtés, qui pourrait, du moins en partie, expliquer l'ancien processus de dénervation-réinnervation. L'expert judiciaire émettait là une hypothèse peu probable, car l'anamnèse ne faisait pas ressortir d'irradiation douloureuse dans le dermatome C7 et l'examen clinique ne révélait pas d'asymétrie des réflexes. L'expert judiciaire en a conclu qu'il n'existait pas d'argument pour une atteinte neurologique sous-

jacente (absence de substrat organique objectivable) susceptible d'expliquer les plaintes au niveau des membres supérieurs.

Pour ce qui était du syndrome de défilé thoracique, l'expert judiciaire a rappelé qu'en 2010, le Dr AL_____ indiquait qu'il n'avait pas d'élément pour un syndrome du défilé thoracique neurologique, sans toutefois exclure ce diagnostic, mais précisait que, le cas échéant, la compression ne portait pas sur les structures nerveuses. Les différents examens neurologiques et électrophysiologiques dans le passé n'avaient pas donné d'argument pour une participation neurologique au syndrome du défilé thoracique. Le 9 juillet 2015, les chirurgiens de la main mentionnaient qu' « un syndrome du défilé thoracique bilatéral neurologique était confirmé » sans nouvel examen électrophysiologique et décidaient d'opérer pour « stopper les dégâts neurologiques ». Dans son rapport du 18 juillet 2016, le Dr AJ_____ (neurologue) décrivait une hyporéflexie cubito-pronatrice bilatérale, une hypoesthésie des doigts 3 et 4 gauches et une baisse de la force de préhension à gauche. Néanmoins, le bilan neurologique effectué en décembre par le Dr AI_____ ne mettait pas en évidence une asymétrie des réflexes mais une légère baisse diffuse de la force aux membres supérieurs et quelques signes de dénervation à la limite du significatif dans le court abducteur du pouce gauche. L'expert judiciaire a relevé que son examen ne faisait pas ressortir de déficit systématisé. Hormis l'hypothèse d'un lien possible des discrets signes de dénervation du court abducteur du pouce gauche avec le syndrome du défilé thoracique, au plan neurologique, celui-ci n'avait pas engendré de déficit sensitif ou moteur manifeste. Les tests électrophysiologiques effectués sur demande de l'expert judiciaire montraient des neurographies cubitales normales jusqu'au point d'Erb, autrement dit jusqu'en amont du défilé thoracique. L'expert judiciaire a conclu à l'absence de déficit moteur ou d'asymétrie des réflexes et les plaintes de la recourane ne correspondaient pas à un substrat organique objectivable.

Quant aux lombo-sciatalgies, l'expert judiciaire a rappelé que dans un rapport du 6 janvier 2011, le Dr AJ_____ évoquait des « brûlures » distalement au genou jusqu'au niveau des pieds, sans paresthésie au niveau des membres inférieurs. L'IRM lombaire de novembre 2010 révélait une « discopathie protrusive L4-L5 sans image de conflit disco-radiculaire ». En juillet 2016, le Dr AJ_____ faisait état d'un réflexe achilléen faible à droite. En 2017, l'IRM dorso-lombaire montrait de « très légère discopathie étagée au niveau dorsal » et une discopathie protrusive L4-L5 sans image de conflit disco-radiculaire ainsi qu'une minime discopathie L5-S1. L'anamnèse révélait des douleurs « en barre » lombaires irradiant légèrement sur la face externe des cuisses. L'examen judiciaire ne faisait pas ressortir de syndrome lombo-vertébral ni de déficit sensitif ou moteur dans un dermatome ou un myotome en particulier ni d'hyporéflexie achilléenne droite. L'IRM lombaire réalisée à la demande de l'expert judiciaire révélait des troubles dégénératifs parfois marqués sans évidence de conflit radiculaire ni de rétrécissement canalaire qui expliquerait une claudication. Les tests électrophysiologiques avaient permis

d'écarter une atteinte plus distale. Les neurographies sensitives et motrices se maintenaient dans les normes et l'exploration à l'aiguille ne faisait pas ressortir de processus de dénervation-réinnervation en cours. L'expert a conclu à l'absence d'argument pour une atteinte neurologique objective susceptible d'expliquer les lombo-sciatalgies.

L'expert judiciaire s'est ensuite déterminé sur les avis médicaux au dossier.

En ce qui concernait le rapport du Dr H_____ (neurologue) du 4 février 2013, qui retenait le diagnostic, incapacitant, de status après opération d'un tunnel carpien des deux côtés et ceux, non incapacitants, de migraines avec et sans aura visuelle, sensitive et aphasique de probable forme familiale, et d'arthrose de la colonne cervicale en C5-C6 et C6-C7 sans signe de syndrome radiculaire, dans la mesure où il s'agissait de diagnostics purement descriptifs, l'expert judiciaire partageait le même avis. À part le diagnostic de « migraines » qui correspondait à une atteinte neurologique, les autres diagnostics n'impliquaient pas forcément une atteinte neurologique. Le « status après opération d'un tunnel carpien des deux côtés » ne voulait pas forcément dire qu'il y avait effectivement un enclavement du nerf médian au carpe, les tests électrophysiologiques et l'examen clinique n'allaient d'ailleurs pas dans ce sens. La présence d'« arthrose de la colonne cervicale en C5-C6 et C6-C7 » n'impliquait pas d'emblée qu'une racine était comprimée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le status neurologique révélait une « légère hypoesthésie tacto-algique pour la dernière phalange du pouce à gauche et une douleur à la palpation de la cicatrice de l'opération du canal carpien à gauche. Sinon, la force et la sensibilité [étaient] parfaitement conservées ». Sur cette seule base, l'expert judiciaire concluait à l'absence de limitations fonctionnelles et à une capacité de travail complète. Le Dr H_____ retenait cependant des limitations « en lien avec l'opération du canal carpien » tout en soulignant que « la symptomatologie [était] très légère et [limitait] l'assurance seulement pour les activités nécessitant l'utilisation des machines vibrantes ou un travail constamment dans le froid ou nécessitant l'utilisation de force de préhension importante ». L'expert judiciaire a relevé que ces limitations étaient plus en relation avec les séquelles opératoires voire le syndrome de Raynaud et non sur une pathologie neurologique préexistante. À défaut de pathologie neurologique, l'expert judiciaire était d'accord avec la pleine capacité de travail retenue par son confrère.

En ce qui concernait le rapport du 10 juillet 2018, dans lequel le Dr R_____ (neurologue) retenait les diagnostics de douleurs rachidiennes et des quatre extrémités sans substrat somatique objectivable, de troubles sensitifs des membres supérieurs et inférieurs sans origine neurologique objectivable, de status après neurolyse du nerf médian droit au niveau du canal carpien et deux neurolyses du nerf médian gauche au canal carpien s'étant, semblait-il, compliquées d'une algoneurodystrophie, de status après intervention pour suspicion de TOS gauche, sans syndrome du défilé thoraco-claviculaire confirmé, et de céphalées d'origine

tensionnelle ou migraineuse, l'expert judiciaire a indiqué qu'à l'exception des céphalées, les diagnostics retenus par son confrère étaient descriptifs. Aucun substrat somatique, aucun élément objectif n'expliquait les douleurs, respectivement les troubles sensitifs. S'agissant des nerfs médians et du défilé thoracique, son confrère se contentait de relater les interventions sans admettre de pathologie neurologique sous-jacente. En l'absence d'atteinte neurologique objectivable, c'était à juste titre que celui-ci ne fixait pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail.

Pour ce qui était du rapport de la Dre U_____ (neurologue) du 16 avril 2020, l'expert judiciaire a rappelé que sa consœur avait retenu les diagnostics de status post possible syndrome du tunnel carpien droit, opéré par neurolyse du nerf médian droit au carpe en 2009 complétée d'un CRPS, de status post probable syndrome du tunnel carpien gauche, traité par neurolyse du nerf médian gauche au carpe en 2010 complétée d'un CRPS, de réintervention le 4 septembre 2013 par neurolyse du nerf médian et ulnaire au poignet et couverture du nerf médian par un lambeau synovial, compliquée d'un CRPS. Sa consœur indiquait que les CRPS avaient mené à des interruptions de travail complètes de plusieurs mois lors de chaque épisode, que l'expertisée souffrait de migraines, possiblement exacerbées par les changements hormonaux liés à la ménopause, avec une bonne réponse au traitement des crises par Zomig, que cette affection était non-incapacitante, qu'elle présentait également des lombo-sciatalgies gauches non déficitaires qui justifiaient des limitations fonctionnelles dans le volet rhumatologique, ainsi que de cervicalgies simples sans irradiation systématisée du point de vue neurologique.

L'expert judiciaire a relevé que sa consœur mélangeait diagnostics, éléments anamnestiques, limitations fonctionnelles et capacité de travail. Celle-ci admettait comme « possible » et « probable » le syndrome du canal carpien, avis que ne partageait pas l'expert judiciaire dès lors que ni la clinique ni les tests électrophysiologiques ne soutenaient cette hypothèse. Sa consœur retenait des « lombo-sciatalgies non déficitaires » sans en préciser l'origine et admettait les limitations « détaillées dans le volet rhumatologique » laissant le soin au rhumatologue de fixer les limitations découlant d'une atteinte qu'elle considérait pourtant de son domaine de compétence. Or, son examen clinique ne faisait pas ressortir de déficit ni d'asymétrie des réflexes aux membres inférieurs. Il n'était pas fait mention de l'imagerie et la problématique était à peine évoquée dans son appréciation. Pour cette raison, l'expert judiciaire ne partageait pas son avis. Au final, toutefois, sa consœur se prononçait sur un plan strictement neurologique et concluait à une capacité de travail dans toute activité, de tout temps, avis qui rejoignait les conclusions des experts neurologues précédents, avec lequel l'expert judiciaire était d'accord.

En fin de compte, l'expert judiciaire relevait que l'expertisée avait été examinée par huit neurologues : les Drs AN_____, AL_____, AJ_____, AI_____,

AK_____, H_____, R_____ et U_____, qui parvenaient aux mêmes conclusions. Le syndrome du canal carpien reposait essentiellement sur l'anamnèse sans traduction à l'examen neurologique ou aux tests électrophysiologiques (les ralentissements apparaissaient après les interventions chirurgicales). Au plan strictement neurologique, tous concluaient à une capacité de travail dans toute activité depuis toujours. En ce qui concernait les cervicalgies, tous faisaient mention de troubles dégénératifs. Certains suspectaient une irritation de la racine C7, mais s'accordaient à dire que l'examen neurologique ne faisait pas ressortir de déficit dans le dermatome ou le myotome C7. En ce qui concernait le syndrome du défilé thoracique, les neurologues à des degrés divers admettaient qu'ils ne trouvaient pas d'anomalie objective sur les plans clinique et électrophysiologique qui soutienne un syndrome du défilé thoracique neurologique. En ce qui concernait les lombo-sciatalgies, l'imagerie faisait ressortir une discopathie en L4-L5, mais l'examen neurologique n'avait jamais montré de déficit à l'exception, à une reprise, d'une hyporéflexie achilléenne droite qui pointerait plutôt sur la racine S1 et non pas L5. La seule atteinte neurologique consistait en des céphalées d'origine migraineuse auxquelles se surajoutait une composante tensionnelle. Sur la base de l'anamnèse, de l'examen neurologique, des bilans radiologique et électrophysiologique, l'expert judiciaire partageait l'avis de ses huit collègues neurologues.

Ainsi, à défaut d'atteinte neurologique confirmée objectivement, il considérait que la capacité de travail de la recourante avait été entière dans toute activité depuis toujours.

Contrairement à ce que fait valoir la recourante, quand bien même le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 17 mai 2024, le rapport d'IRM de la colonne dorsolombaire du 21 mai 2024, et le rapport du Dr AL_____ du 17 juillet 2024 ne sont pas cités en page 5 du rapport d'expertise judiciaire (où sont listés les documents obtenus en cours d'expertise), cela n'est pas de nature à discréditer l'appréciation de l'expert judiciaire neurologue, car ces pièces médicales, qui ont été établies précisément à la demande de celui-ci, figurent en pages 53 à 61 du rapport d'expertise judiciaire, et l'expert judiciaire neurologue en a tenu compte dans son analyse (p. 19-21).

L'expert judiciaire neurologue a indiqué que la recourante était née le _____ 1960 (p. 8). Cette date est celle indiquée dans la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations. Il ne s'est donc pas trompé sur l'âge de la recourante. De toute manière, cette information n'est pas déterminante pour évaluer la capacité de travail résiduelle.

On ne peut pas admettre que l'expert judiciaire neurologue n'a pas pris en considération le rapport du Dr AE_____ du 16 novembre 2021 dans lequel ce médecin faisait état de l'impossibilité d'utiliser les mains et les bras, puisque ce rapport est cité en page 91 du rapport d'expertise judiciaire et les experts judiciaires ont déclaré que leur rapport se basait notamment sur le dossier (de la

recourante) qui leur avait été remis (p. 4). De toute façon, l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité à l'époque du rapport du Dr AE _____ précité, et ce n'est que pour la période à partir du 1^{er} décembre 2011 (après ledit rapport) que les experts de la I _____, au regard des pièces médicales au dossier (y compris les rapports d'imagerie) et à l'issue de leur examen clinique, soit en connaissance des restrictions physiques de la recourante, ont retenu que cette dernière était pleinement apte à exercer une activité adaptée.

Le rapport du Dr AF _____ du 14 mars 2014, dans lequel celui-ci faisait état d'un syndrome bilatéral du défilé thoracique prédominant à gauche avec des signes cliniques et échodoppler tout à fait nets de compression vasculaire dans les défilés costoclaviculaires prédominant à gauche, est cité en page 95 du rapport d'expertise judiciaire. L'expert judiciaire neurologue a expliqué que les différents rapports médicaux au dossier, dont les examens électrophysiologiques, ne mettaient en évidence aucun élément pour une participation neurologique au syndrome du défilé thoracique (p. 19-21). À nouveau, à l'époque du rapport du Dr AF _____ précité, l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité, et aucun rapport médical n'atteste d'élément objectif qui aurait été ignoré par les experts ayant examiné la recourante selon lesquels, en dépit de ses atteintes et postérieurement à son opération sur le tunnel carpien gauche le 27 août 2013, elle était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, dès le 13 août 2014.

Le rapport de la Dre AG _____ du 8 mai 2015, dans lequel elle faisait état d'une mobilisation difficile des membres supérieurs et de paresthésies empêchant la prise d'objet, est cité en page 98 du rapport d'expertise judiciaire. À nouveau, une atteinte à la santé n'est en soi pas décisive. Est déterminante la répercussion sur la capacité de travail (résiduelle). Or, dans un rapport du 9 juillet 2015 (cité en page 98-99 du rapport d'expertise judiciaire), la Dre AG _____ était d'avis que la recourante était apte à effectuer une activité adaptée, puisque la spécialiste ne voyait pas de contre-indication à ce que sa patiente bénéficie d'une réadaptation professionnelle pour un travail administratif. Le fait que, dans ce dernier rapport, la Dre AG _____ a mentionné qu'une amélioration clinique de la situation notamment sur le plan de la force n'était pas garantie, après la prise en charge chirurgicale qui aurait lieu prochainement sur le côté gauche (membre supérieur), ne signifie pas encore que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée serait nulle.

Le fait que dans un rapport du 6 juin 2016 (cité en page 100 du rapport d'expertise judiciaire), le Dr AH _____ a indiqué que la recourante pourrait essayer de travailler dans une activité adaptée à 50% ne remet pas en cause l'appréciation de l'expert judiciaire neurologue, qui, sur la base des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie, a considéré qu'elle disposait, au contraire, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (ce, en tout cas à partir du 15 février 2017 - après la dernière opération de novembre 2015 - comme l'a admis le SMR). L'estimation - différente - du taux (à lui seul) de la capacité de travail

résiduelle par le médecin traitant ne suffit en effet pas à remettre en doute celle effectuée par l'expert. Aucun rapport médical n'évoque d'éléments objectivement vérifiables et pertinents dont celui-ci n'aurait pas tenu compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3).

De même, le fait que le rapport des HUG du 17 février 2017 relatif à la consultation de l'avant-veille, cité en page 102-103 du rapport d'expertise judiciaire, mentionne que la recourante présentait une douleur neuropathique de son membre supérieur gauche probablement résiduelle à la compression de ses nerfs périphériques au niveau du canal carpien ainsi qu'un syndrome du défilé thoracique à gauche, douleurs qui persistaient après la prise en charge chirurgicale au niveau du tunnel carpien compliquée d'un CRPS, ne signifie pas encore que la recourante serait inapte à exercer une activité adaptée à son état de santé.

Le rapport d'IRM dorso-lombaire du 9 octobre 2017 est cité en page 105 du rapport d'expertise judiciaire. Le fait que ce document fait état d'une discrète zone d'œdème sur le versant antérieur des plateaux vertébraux jouxtant les disques D3-D4, D4-D5, D5-D6 et D9-D6, ainsi que d'une discopathie protrusive L4-L5 s'accompagnant de remaniements inflammatoires modérés à marqués des plateaux vertébraux de voisinage, ne signifie pas non plus que la recourante serait incapable d'exercer une activité adaptée à son état de santé. À cet égard, l'expert judiciaire a relevé que les imageries révélaient des troubles dégénératifs du rachis sans évidence de conflit radiculaire, sans substrat objectif neurologique pouvant expliquer les rachialgies.

La recourante reproche à l'expert judiciaire neurologue de ne pas avoir relaté l'évolution des quatre interventions chirurgicales compliquées d'un CRPS. Quoiqu'il en soit, le SMR a admis, à chaque fois, pour une durée déterminée (cf. *infra*), une totale incapacité de travail dans toute activité pour les suites opératoires pour lesquelles elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, suivant les périodes.

En ce qui concerne les céphalées, l'expert judiciaire neurologue ne se contredit pas en retenant que les migraines relèvent d'une atteinte neurologique (p. 24), mais qu'elles ne sont pas incapacitantes, puisqu'il a constaté, sur la base des rapports d'imagerie, qu'il n'y avait pas de substrat organique objectivable à l'origine de la symptomatologie (p. 21). Par ailleurs, l'expert judiciaire neurologue a relevé que le traitement médicamenteux était efficace, permettant de conclure à un faible degré de gravité des céphalées et au caractère non incapacitant (avis que partageaient également les experts de la I_____, de la S_____ et du V_____). En tant que la recourante s'étonne de cette appréciation, elle procède à sa propre évaluation sans fournir d'éléments médicaux objectifs la motivant, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en compte.

De la même manière, en tant que la recourante considère que l'expert judiciaire neurologue a banalisé ses hypoesthésies des membres supérieurs et inférieurs ainsi

que son empâtement cervical, elle donne son appréciation subjective de son état de santé sans produire de rapports médicaux remettant en cause celle de l'expert.

Dans leurs rapports des 18 juillet et 9 décembre 2016 (cités en pages 100-101 et 102 du rapport d'expertise judiciaire), les Drs AJ_____ et AI_____ (neurologues traitants) ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante. Certes, l'expert judiciaire neurologue s'est mépris en indiquant que tous les neurologues ayant examiné la recourante (médecins traitants et experts) avaient conclu à une capacité de travail totale dans toute activité depuis toujours (p. 26), puisque les neurologues traitants ne se sont pas déterminés à ce sujet. Cela ne remet toutefois pas en doute l'appréciation de l'expert judiciaire neurologue, fondée sur les pièces médicales au dossier et l'examen clinique. Par contre, il est vrai que les experts neurologues antérieurs ont retenu une pleine capacité de travail de la recourante (cf. dossier AI p. 330, 836-837, 1065).

L'expert judiciaire neurologue a pris en considération le rapport d'ENMG du Dr AK_____ de 2013, cité en pages 11 et 19 du rapport d'expertise judiciaire, examen à la suite duquel la recourante avait bénéficié d'une reprise chirurgicale le 27 août 2013 et pour les suites de laquelle l'intimé lui avait accordé une rente entière d'invalidité, jusqu'au 30 novembre 2014.

Les rapports d'ENMG du Dr AL_____ de mars 2018 et de juillet 2024 sont cités en pages 53-57 du rapport d'expertise judiciaire et l'expert judiciaire neurologue en a tenu compte dans son analyse (p. 19-20).

Le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 17 mai 2014 est cité en pages 58-59 du rapport d'expertise judiciaire et les rapports du Dr AM_____ (neurochirurgien) de 2018 en page 106. L'expert judiciaire neurologue en a également tenu compte dans son analyse (p. 12, 19, 24). La recourante n'a produit aucune opinion médicale mettant en doute la pertinence des déductions de l'expert judiciaire et qui attesterait que les cervicalgies sur troubles dégénératifs dont elle est atteinte l'empêcheraient totalement de travailler dans une activité adaptée.

4.1.2 Sur le plan rhumatologique, l'expert judiciaire constatait que la recourante s'était levée sans difficulté de la salle d'attente pour aller dans la salle d'examen, sans boiter. À l'issue de son examen clinique, il retenait, avec répercussion sur la capacité de travail, une douleur cervicale sur discopathie apparue le 28 janvier 2010 (radio cervicale le 28 janvier 2010 associée à une IRM cervicale, IRM cervicale en 2013 et IRM cervicale le 27 février 2017), une douleur lombaire sur discopathie apparue le 12 novembre 2010 (IRM lombaire et IRM dorso-lombaires le 9 octobre 2017), une ténosynovite du jambier postérieur de la cheville droite le 3 février 2023 (IRM), une connectivité indifférenciée associant une positivité des anticorps anti-nucléaires de type centromère et anticorps anti-CEMP B positif, un syndrome de Raynaud, description anamnestique d'une réaction au soleil. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert judiciaire retenait un status après réaction algodystrophie après chaque intervention sur le canal carpien, à deux

reprises à droite (recte : gauche) et à une reprise à gauche (recte : droite), ainsi qu'un status après chirurgie pour fasciite plantaire du pied droit le 29 octobre 2020.

L'expert judiciaire relevait que l'atteinte cervicale et lombaire était dégénérative (correspondant à un substrat organique objectivable), le degré de gravité était faible et l'évolution lente.

Il a considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle depuis janvier 2010, mais de 100% dans une activité adaptée évitant l'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, le porte-à-faux du buste, le port de charges proche du corps de plus de 10 kg, les marches prolongées, les montées et descentes d'escaliers, le piétinement prolongé, les positions accroupies, le travail en hauteur, l'exposition au froid et l'utilisation d'engins vibrants.

L'expert judiciaire s'est prononcé sur les avis médicaux au dossier.

En ce qui concernait le rapport du 29 janvier 2013 du Dr F_____ (rhumatologue), qui avait retenu un trouble douloureux chronique diffus, un pouce gauche à ressaut, un CREST incomplet et des lombalgies non spécifiques, l'expert judiciaire a indiqué que l'expertisée présentait des lombalgies qui correspondaient à un diagnostic précis puisque l'IRM du 12 novembre 2010 montrait des discopathies avec arthrose postérieure et une lipomatose épidurale. À cette époque, les cervicalgies avaient également été explorées et révélaient des discopathies. Le CREST était très incomplet, car le seul élément positif était le syndrome de Raynaud. L'expert judiciaire a estimé que les limitations fonctionnelles devaient comprendre, en plus de celles spécifiées (pas de travail impliquant une exposition au froid, d'activité nécessitant l'utilisation de machines vibrantes, l'utilisation d'une force de préhension importante en particulier de la main gauche), un volet lombaire et cervical en une limitation du port de charges et des efforts de soulèvement. Compte tenu de ces restrictions, l'expert judiciaire concluait que l'estimation de la capacité de travail dans l'activité antérieure (100% selon le Dr F_____) n'était pas correcte, celle-ci était de 0%, mais de 100% dans une activité adaptée depuis toujours.

En ce qui concernait le rapport du 5 juillet 2018 du Dr Q_____ (rhumatologue) et son complément du 13 février 2019, qui retenait les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques d'étiologie indéterminée avec troubles dégénératifs pluri-étagés de la colonne cervicale et lombaire non spécifiques, de phénomène de Raynaud, photosensibilité et présence d'anticorps anti-nucléaires de signification indéterminée, l'expert judiciaire a relevé que les atteintes cervicales avaient de nouveau été explorées par une IRM le 27 février 2017 et les atteintes lombaires par une IRM le 9 octobre 2017 ayant mis en évidence des discopathies à la fois cervicales, dorsales et lombaires, de sorte qu'on ne pouvait pas les qualifier de non spécifiques. La maladie auto-immune était bien la connectivité indifférenciée. Les

limitations fonctionnelles devaient tenir compte également des diagnostics rachidiens et comprendre ainsi une limitation des efforts de soulèvement et de port de charges.

L'expert judiciaire a rappelé l'évaluation de la capacité de travail effectuée par son confrère, qui avait considéré que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle de gestionnaire de stock depuis le 15 juin 2009, mais totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2011 jusqu'à la deuxième intervention sur le tunnel carpien gauche le 27 août 2013, incapacité totale de travail qui avait perduré en raison de la survenue d'un nouveau CRPS jusqu'au plus tard le 13 août 2014. L'expert judiciaire, pour sa part, a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être considérée comme nulle à partir de janvier 2010 au moment où le diagnostic de discopathie cervicale et lombaire avait été posé, la date du 15 juin 2009 correspondait à la chirurgie du canal carpien et donc à une origine neurologique. La capacité de travail dans une activité adaptée avait été entière depuis toujours.

Ainsi, contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert judiciaire rhumatologue a explicité la raison qui l'a amené à retenir la date de janvier 2010.

En ce qui concernait le rapport du 16 avril 2020 du Dr T_____ (rhumatologue), qui retenait les diagnostics de syndrome douloureux chronique (sans substrat clairement objectivable) assimilé à une fibromyalgie, de lombosciatalgies gauches non déficitaires, de cervicalgies simples sans irradiation systématisée, de connectivité indifférenciée (phénomène de Raynaud primaire, photosensibilité du visage et du décolleté, facteur antinucléaire à un taux élevé), de tendinites nodulaires des fléchisseurs des doigts et de fasciite plantaire bilatérale, l'expert judiciaire a indiqué que, lors de son expertise, il n'avait pas été retrouvé de fibromyalgie, de ténosynovite des tendons fléchisseurs des doigts ou de fasciite plantaire bilatérale. Les limitations fonctionnelles retenues par son confrère étaient cohérentes : pas d'exposition au froid, pas d'utilisation de machines vibrantes, pas de travail nécessitant une force de préhension ou des mouvements fins des doigts en raison du phénomène de Raynaud et des séquelles des syndromes douloureux régionaux complexes, pas de port de charges au-delà de 5 kg les bras proches du corps, 2 kg éloignés du corps, pas de positions immobiles debout ou en porte-à-faux prolongées, de mouvements répétitifs du tronc, de travaux en hauteur et de marche en terrains inégaux en raison des lombalgies et des fasciites plantaires. En ce qui concernait la capacité de travail, l'expert judiciaire a renvoyé aux remarques qu'il avait formulées en lien avec le rapport du Dr Q_____.

Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le rapport de l'expert judiciaire rhumatologue se fonde également sur l'anamnèse (p. 27-30) et celui-ci s'est déterminé sur les rapports médicaux, pertinents, au dossier (p. 33, 37-39). Le fait qu'il n'ait pas commenté les rapports obtenus dans le cadre de l'expertise judiciaire (autres que ceux en lien avec l'atteinte orthopédique) ne porte pas à conséquence,

étant donné qu'ils sont postérieurs à la période litigieuse s'étendant du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2019. Cet expert ne s'est pas basé uniquement sur la situation présente au moment de son examen, dès lors qu'il a pu constater que les douleurs cervicale et lombaire de la recourante remontaient à 2010. Partant, c'est en pleine connaissance du dossier qu'il s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de la recourante, au cours du temps.

Le fait que l'expert judiciaire rhumatologue a fixé l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle depuis janvier 2010 seulement (sur le plan rhumatologique *stricto sensu*) ne prête pas à conséquence, puisque l'intimé a admis que celle-ci remontait à juin 2009 (pour les douleurs au tunnel carpien). Il en va de même des incapacités de travail totales consécutives aux opérations chirurgicales compliquées d'un CRPS, car l'intimé les a reconnues et a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière suivant les périodes (cf. *infra*).

En tant que la recourante considère que l'expert judiciaire rhumatologue n'a pas suffisamment pris en compte ses atteintes rachidiennes, elle émet sa propre appréciation (subjective), sans fournir de rapports médicaux qui indiqueraient que ses rachialgies l'entraveraient totalement dans l'exercice d'une activité adaptée.

Enfin, les nouvelles atteintes à la santé dont se prévaut la recourante, non visées par la présente procédure, ne peuvent pas être prises en considération. Ainsi, peu importe que l'expert judiciaire rhumatologue n'ait pas examiné le rapport d'IRM de la cheville du 12 février 2023 ni le rapport d'IRM cérébrale de décembre 2023. Le premier concerne l'atteinte orthopédique, laquelle a fait l'objet d'un renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire par arrêt sur partie du 18 janvier 2022. Le second est postérieur à la période litigieuse.

4.1.3 Sur le plan psychiatrique, l'expert judiciaire a exclu un épisode dépressif, en l'absence de tristesse d'humeur, de ralentissement psychomoteur, de perte d'intérêt, de mésestime de soi et d'idées suicidaires. La recourante, qui n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, avait présenté un antécédent de dépression, unique, de sorte que le trouble dépressif récurrent était écarté. Il n'a pas retenu d'anxiété généralisée, faute d'anxiété flottante, constante, ni de trouble panique, au motif que les crises d'angoisse, déclenchées par des événements stressants et ne survenant pas spontanément, étaient insuffisamment intenses. Il n'a pas non plus retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant, car il n'existait pas de douleurs chroniques accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique. Il n'y avait pas de dramatisation des douleurs, ni de sollicitation accrue de l'entourage. La recourante était indépendante, faisait la plupart des tâches ménagères et maintenait des rapports sociaux. Elle ne présentait pas non plus un trouble de la personnalité ou de traits de la personnalité pathologiques. Elle souffrait par contre de troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines avec une utilisation nocive pour la santé (F13.1) - dans le cadre d'une automédication pour lutter contre des vertiges ou des crises d'angoisse - sans véritable syndrome de

dépendance (en l'absence de signes physiques de manque) ni répercussion cognitive ou trouble de vigilance. Il n'y avait pas non plus de fatigue ou de fatigabilité majeure.

L'expert judiciaire considérait qu'aucun diagnostic n'était incapacitant. La recourante maintenait des relations sociales et familiales (elle vivait avec sa mère, entretenait de bons rapports réguliers avec ses frères et sœurs, avait quelques amies), conduisait, effectuait des tâches ménagères (rangement des chambres, courses, préparation des repas, étendage du linge, nettoyage au moyen du balai) et administratives. Elle était capable de planifier et de structurer les tâches. Elle aimait l'organisation, s'adaptait aux situations nouvelles, respectait les règles et les routines. Elle était capable de s'affirmer, de faire preuve d'activité spontanément et de persévérance. Elle ne présentait pas de troubles de l'hygiène. Elle se décrivait comme une personne positive, joviale et sociable.

Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que la recourante serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. L'expert judiciaire recommandait une diminution progressive de la consommation en benzodiazépines et la prise d'un traitement antidépresseur pour lutter contre d'éventuelles angoisses réactionnelles.

Enfin, l'expert judiciaire n'a pas fait état d'une exagération de la symptomatologie.

Il en a conclu que la recourante avait toujours pu travailler à 100% d'un point de vue psychiatrique.

Au regard des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281 (consid. 3.3.2 ci-dessus), il y a lieu d'admettre avec l'expert judiciaire que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique, au jour de l'expertise.

Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert judiciaire s'est également déterminé sur l'évolution de l'état de santé jusqu'alors. Il a en effet rappelé les éléments psychiatriques évoqués dans les rapports médicaux au dossier (p. 45-46, 51-52) et relevé que ses confrères psychiatres n'avaient retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant (p. 51-52), c'est-à-dire pour la période antérieure à l'expertise judiciaire.

Il n'existe au dossier aucun rapport médical remettant en cause l'appréciation des psychiatres ayant examiné la recourante selon laquelle cette dernière ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'origine psychique (cf. dossier AI p. 351 [rapport du 30 janvier 2013 du Dr G_____, psychiatre à la I_____], p. 552 et 573 [rapports des 20 avril et 10 août 2015 du docteur _____, psychiatre, qui renvoyait à l'appréciation des médecins somaticiens s'agissant de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles], p. 818 [rapport du 20 juin 2018 du Dr P_____, psychiatre à la S_____, qui ne retenait aucune limitation d'ordre psychiatrique]).

Par conséquent, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert judiciaire psychiatre selon lesquelles la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité sur le plan psychiatrique depuis toujours, soit y compris durant la période litigieuse du 1^{er} mars 2012 au 31 octobre 2019.

4.1.4 En définitive, les critiques soulevées par la recourante à l'égard des conclusions posées par les experts judiciaires tombent à faux.

Le tableau des incapacités de travail figurant en page 6 du rapport d'expertise judiciaire n'est pas pertinent en soi, car il retranscrit les arrêts de travail attestés par les médecins traitants. Or, d'une part, l'intimé a de toute manière admis que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle remonte à juin 2009. D'autre part, ce tableau ne dit rien au sujet de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée.

Les experts judiciaires ont explicité les points sur lesquels ils étaient d'accord avec les experts précédents et ceux sur lesquels ils étaient en désaccord, tout en concluant à la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, depuis toujours.

La recourante a tort lorsqu'elle fait valoir que les experts antérieurs auraient admis des incapacités de travail totales dans une activité adaptée de 2009 à ce jour, puisque ceux de la S_____ et du V_____ ont limité ces totales incapacités de travail aux périodes consécutives aux opérations, compliquées par un CRPS, et spécifié les dates à partir desquelles la recourante pouvait à nouveau reprendre une activité adaptée à son état de santé, conclusions qui ont ensuite été suivies par le SMR.

Force est de constater qu'hormis ces périodes d'incapacité temporaires, les experts (y compris judiciaires) sont unanimes pour considérer que la recourante est en mesure d'exercer pleinement une activité adaptée à son état.

Il convient dès lors d'admettre avec le SMR que la recourante était totalement inapte à travailler durant ces périodes momentanées (pour les suites opératoires), et par conséquent, se distancier de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par les experts judiciaires pour ces périodes, sans que celle-ci ne perde sa valeur probante pour les autres périodes, pour lesquelles tous les experts sont au final d'accord.

La recourante n'a produit aucun rapport médical qui attesterait, sur la base d'éléments objectifs, que ses atteintes résiduelles l'entraveraient totalement dans l'exercice d'une activité adaptée, aux dates retenues par le SMR.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans conclura que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était de 0% depuis le 15 juin 2009. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 100% du 1^{er} décembre 2011 au 26 août 2013, du 13 août 2014 (consultation ambulatoire aux HUG ; dossier AI p. 500) au 17 novembre 2015,

ainsi que depuis le 15 février 2017 (consultation ambulatoire de la douleur aux HUG ; dossier AI p. 652), mais de 0% du 27 août 2013 (opération ; dossier AI p. 390) au 12 août 2014 ainsi que du 18 novembre 2015 (opération ; dossier AI p. 1012) au 14 février 2017.

Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu de mettre en œuvre une nouvelle expertise judiciaire.

4.2 Reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

4.2.1 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.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

4.2.2 En l'espèce, il convient de rappeler que les degrés d'incapacité de travail ont été les suivants :

- du 15 juin 2009 au 30 novembre 2011 : une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- du 1^{er} décembre 2011 au 26 août 2013 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ;
- du 27 août 2013 au 12 août 2014 : une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- du 13 août 2014 au 17 novembre 2015 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ;
- du 18 novembre 2015 au 14 février 2017 : une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- depuis le 15 février 2017 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains ; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse au taux d'incapacité de travail (ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17b).

En ce qui concerne la période du 1^{er} décembre 2011 au 26 août 2013, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de CHF 91'054.- et un revenu avec invalidité de CHF 42'591.- (après avoir appliqué un abattement de 20% ; dossier AI p. 842). Il relevait que, selon le questionnaire rempli par l'employeur, la recourante aurait réalisé un revenu de CHF 90'180.- en 2010 (dossier AI p. 1132 et 41). Dans ce document, l'ancien employeur a déclaré un revenu de CHF 90'126.- pour 2009.

On se demande si ces deux derniers revenus comprennent les indemnités journalières pour cause de maladie que la recourante a perçues depuis juin 2009, lesquelles sont exclues de la comparaison des revenus (art. 25 al. 1 let. a RAI) ainsi que d'autres prestations accordées par l'employeur qui n'étaient pas soumises

aux cotisations AVS. Il ressort en tout cas de la déclaration pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie du 1^{er} septembre 2009 (dossier AI p. 207) que la recourante touchait, avant son atteinte à la santé, un revenu mensuel brut de CHF 6'690.-, versé treize fois (soit un revenu annuel de CHF 86'970.-).

Même à retenir que le revenu annuel réalisé avant l'incapacité de travail en juin 2009 s'élevait à CHF 90'126.- (au lieu de CHF 86'970.-) - soit une différence annuelle de CHF 3'156.- en faveur de la recourante, cela ne changerait pas l'issue du litige comme on le verra plus loin.

Ce montant, une fois adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS ; en 2009 : 2552 et en 2011 : 2604), se chiffre à CHF 91'962.- en 2011 ($90'126 \times 2604 / 2552$), année déterminante pour la comparaison des revenus. En effet, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte au 1^{er} décembre 2011, il convient de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison des revenus.

S'agissant du revenu d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'exerçait pas d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux statistiques salariales. Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

D'après l'ESS 2010, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'225.- par mois (tableau TA1, niveau 4, total, femme, part au 13^e salaire comprise) ou à CHF 50'700.- par année ($4'225 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2010, laquelle est de 41.6 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 52'728.- ($50'700 \times 41.6 / 40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2011 (ISS ; en 2010 : 2579

et en 2011 : 2604), le revenu avec invalidité est de CHF 53'239.- ($52'728 \times 2604 / 2579$) pour un plein temps.

Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), ce dernier s'élèverait à CHF 39'929.25 ($53'239 \times 25 / 100 = 13'309.75$; $53'239 - 13'309.75 = 39'929.25$).

Le revenu d'invalidé de CHF 39'929.25, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 91'962.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 56.58% ($(91'962 - 39'929.25) / 91'962 \times 100$), arrondi à 57% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé.

S'agissant de la période du 13 août 2014 au 17 novembre 2015, le revenu sans invalidité se chiffre à CHF 94'399.- (soit CHF 90'126.- en 2009, indexé en 2014 [ISS ; en 2009 : 2552 et en 2014 : 2673] ; $90'126 \times 2673 / 2552$).

Quant au revenu avec invalidité, d'après l'ESS 2014, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'300.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^e salaire comprise) ou à CHF 51'600.- par année ($4'300 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, laquelle est de 41.7 heures, ce qui porte le salaire annuel à CHF 53'793.- ($51'600 \times 41.7 / 40$) pour un plein temps.

Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé, ce dernier s'élèverait à CHF 40'344.75 ($53'793 \times 25 / 100 = 13'448.25$; $53'793 - 13'448.25 = 40'344.75$).

Le revenu d'invalidé de CHF 40'344.75, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 94'399.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 57.26% ($(94'399 - 40'344.75) / 94'399 \times 100$), arrondi à 57%, donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé.

Pour ce qui est de la période dès le 15 février 2017, le revenu sans invalidité se monte à CHF 96'023.74 (soit CHF 90'126.- en 2009, indexé en 2017 [ISS ; en 2009 : 2552 et en 2017 : 2719] ; $90'126 \times 2719 / 2552$).

Quant au revenu avec invalidité, d'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'363.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^e salaire comprise) ou à CHF 52'356.- par année ($4'363 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41.7 heures, ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'581.13.- ($52'356 \times 41.7 / 40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2017 (ISS ; en

2016 : 2709 et en 2017 : 2719), le revenu avec invalidité est de CHF 54'782.61 ($54'581.10 \times 2719 / 2709$) pour un plein temps.

Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé, ce dernier s'élèverait à CHF 41'086.96 ($54'782.61 \times 25 / 100 = 13'695.65$; $54'782.61 - 13'695.65 = 41'086.96$).

Le revenu d'invalidé de CHF 41'086.96, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 96'023.74.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 57.21% ($[96'023.74 - 41'086.96] / 96'023.74 \times 100$), arrondi à 57%, donnant le droit à une demi-rente, comme retenu par l'intimé.

4.3 Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées.

4.3.1 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.

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois).

4.3.2 En l'occurrence, la recourante a été incapable de travailler à 100% dans toute activité du 15 juin 2009 au 30 novembre 2011. Le délai d'attente d'un an est donc arrivé à échéance en juin 2010, date à compter de laquelle celle-ci présentait un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, en raison de la demande de prestations déposée tardivement le 15 octobre 2010 - soit plus de six mois après le début de l'incapacité de travail durable -, c'est à juste titre que l'intimé a fixé le début du

versement de la rente entière au 1^{er} avril 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), ce qui n'est pas contesté.

La recourante a ensuite droit à :

- une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2012 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 1^{er} décembre 2011), comme retenu par l'intimé ;
- une rente entière dès le 1^{er} décembre 2013 (trois mois après l'aggravation de la capacité de gain survenue le 27 août 2013) - et non pas dès le 1^{er} novembre 2013 comme retenu à tort par l'intimé ;
- une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 13 août 2014), comme retenu par l'intimé ;
- une rente entière dès le 1^{er} mars 2016 (trois mois après l'aggravation de la capacité de gain survenue le 18 novembre 2015) - et non pas dès le 1^{er} février 2016 comme retenu à tort par l'intimé ; et
- une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017 (trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 15 février 2017), comme retenu par l'intimé.

Compte tenu de la brièveté de la période considérée - deux mois (rente entière dès le 1^{er} décembre 2013 et non le 1^{er} novembre 2013, ainsi que le 1^{er} mars 2016 et non le 1^{er} février 2016) - la chambre de céans renoncera, comme elle en a la faculté, à procéder à une *reformatio in pejus* de la décision querellée (c'est-à-dire à une modification de la décision litigieuse au détriment de la recourante ; art. 61 let. d LPGA ; ATF 119 V 241 consid. 5).

5. La recourante conteste le bien-fondé de la compensation opérée par l'intimé des montants de CHF 6'861.- (pour août à octobre 2014) et CHF 5'802.- (pour février 2016 à mai 2017) en faveur de l'Hospice général.

5.1 Selon l'art. 20 al. 2 LPGA, les prestations versées à un tiers ou à une autorité ne peuvent pas être compensées par ce tiers ou cette autorité avec des créances contre l'ayant droit. Fait exception la compensation en cas de versement rétroactif de prestations au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA.

L'art. 22 al. 2 LPGA prévoit que les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées : à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ; à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b).

En dehors de l'art. 20 al. 2 LPGA, la LPGA ne contient pas de norme générale sur la compensation. Ce mode d'extinction des créances est donc régi par les dispositions des lois spéciales (ATF 138 V 402 consid. 4.2), en l'occurrence la LAI et son règlement d'application.

Selon l'art. 85^{bis} RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Est cependant réservée la compensation prévue à l'art. 20 LAVS. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI (al. 1). Sont considérées comme une avance, les prestations : librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (al. 2 let. a) ; versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (al. 2 let. b). Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (al. 3).

Les objections contre le montant de la créance invoquée en compensation ne peuvent être soulevées dans la procédure devant l'OAI, mais doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral I.256/06 du 26 septembre 2007 consid. 6). La caisse de compensation doit uniquement vérifier si la demande de compensation porte effectivement sur des avances consenties dans l'attente du versement de la rente et si ces avances ont été versées pour la période couverte par le paiement rétroactif de la rente. Ainsi, par exemple, pour la coordination des prestations entre l'assistance sociale et l'assurance-invalidité, est seul déterminant le fait que des prestations de l'assistance sociale et de l'assurance-invalidité aient été objectivement versées durant la même période et que les autres conditions de l'art. 85^{bis} RAI relatives au versement en main de tiers aient été remplies (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 3329 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_225/2014 du 10 juillet 2014 consid 3.3.1).

5.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que les prestations de l'Hospice général constituent des prestations financières d'aide sociale, octroyées en vertu de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LIASI - J 4 04), dont le droit au remboursement résulte de la loi (art. 37 LIASI), et que les conditions de l'art. 85^{bis} al. 2 let. b RAI sont ainsi remplies.

Il ressort des pièces produites par la caisse que, dans la mesure où l'Hospice général n'a pas presté en faveur de la recourante durant les mois d'août à octobre 2014, la caisse n'a effectivement rétrocedé aucun montant à l'Hospice général pour cette période, contrairement à ce que prétend la recourante.

Pour le surplus, il ressort du décompte annexé à l'écriture de l'intimé du 14 mai 2021 que la caisse a procédé à la compensation en faveur de l'Hospice général, jusqu'à concurrence des avances octroyées par cet organisme, mais à hauteur, au maximum, des rentes dues rétroactivement à la recourante. Ainsi, lorsque le montant de la rente était supérieur à celui de l'avance, le solde était versé à la recourante. D'où un versement complémentaire de CHF 5'802.- en faveur de l'Hospice général et de CHF 3'382.- à la recourante, à la suite de l'octroi d'un montant de rente supplémentaire d'octobre 2016 à mai 2017 par décision du 5 mars 2021, comme l'annexe précitée le détaille.

Les griefs de la recourante s'avèrent infondés, étant relevé qu'elle n'a plus critiqué la compensation opérée à la suite des explications de la caisse du 19 avril 2021 et de son annexe.

6. Au vu de ce qui précède, les recours seront rejetés et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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