

GE_GERICHTE ATAS/412/2025 vom 2. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_412_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/412/2025 du 2 juin 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/412/2025 del 2 giugno 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la

A/1355/2024 - 9/24 - Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. a LPGA). En l'espèce, la décision est datée du 7 mars 2024 et la recourante a interjeté son recours le 23 avril 2024. La décision ayant cependant été notifiée par pli simple, l'intimé n'a pas été en mesure de prouver le point de départ du délai de recours. Dès lors que l'intimé a la charge de la preuve de la notification et n'est pas en mesure de l'établir, étant relevé qu'il ne conteste du reste pas le respect du délai de recours, il doit être retenu que le recours a été interjeté en temps utile.

E. 1.3

Par ailleurs interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA), le recours est recevable.

E. 2.1

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413

consid. 1b et les références).

E. 2.1.1

; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 6.1 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).

A/1355/2024 - 14/24 - Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 6.2 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). 6.3 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018

du 16 août 2018 consid. 3.2.2). 6.4 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources ; ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une

A/1355/2024 - 15/24 - tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). 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 révélés 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). 6.5 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). 7. 7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les

A/1355/2024 - 16/24 - 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). 7.2 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPG, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Lors de la détermination des capacités

fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). 7.3 Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), ad art. 49 al. 1bis, p. 60). 7.4 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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

A/1355/2024 - 17/24 - 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). 7.5 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 7.5.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 7.5.2 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 7.5.3 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur

A/1355/2024 - 18/24 - l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). 7.5.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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). 7.5.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 7.6 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi,

sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

A/1355/2024 - 19/24 - 7.7 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 7.8 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). 8. 8.1 En l'espèce, l'intimé a retenu que, dès le 5 septembre 2022, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a mis fin à la rente à compter du 1er janvier 2023, en se fondant sur l'avis du SMR du 3 novembre 2022. La recourante affirme que l'intimé n'a pas assez instruit son dossier, vu l'échec des mesures de réadaptation, les douleurs dues aux hernies discales qui l'affectaient et le fait qu'elle avait consulté un psychiatre. 8.2 Dans son rapport du 3 novembre 2022, le SMR a retenu comme atteintes principales incapacitantes une lombo-radiculgie S1 droite non déficitaire et une hernie discale L5-S1 paramédiane droite persistante avec dégénérescence du disque en cours. Il a considéré qu'en raison de ce diagnostic, la recourante était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide-soignante dès novembre 2019. Il a cependant estimé que la situation médicale de la recourante

A/1355/2024 - 20/24 - était stabilisée, vu l'absence d'indication opératoire et l'arrêt de l'antalgique par Tramal, et qu'en conséquence, dès le 5 septembre 2022, date du dernier rapport médical de la médecin traitante, la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit le fait de privilégier une activité avec possibilité d'alterner la position assise et debout selon le désir de l'assurée, mais minimum chaque heure, d'éviter la flexion, la rotation et l'inflexion latérale du tronc, le port de charge de plus de 2.5 kg de manière répétitive, de 5 kg de manière occasionnelle, l'utilisation des membres supérieurs au-dessus de la tête, d'éviter les marches de plus de quinze minutes, en terrain irrégulier, de monter et descendre une échelle, un échafaudage, les escaliers. Le rapport de la médecin traitante sur lequel s'est basé le SMR pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est le dernier rapport de la Dre B_____ figurant au dossier, du 5 septembre 2022. Dans celui-ci, la médecin traitante indique que l'évolution est lentement meilleure (le caractère lent de l'évolution étant mis en évidence) avec baisse des dysthésies, mais toujours des petites lancées, et la disparition du boitement, la patiente gardant une raideur à la mobilisation. La patiente ne prenait plus d'antalgique régulièrement et avait stoppé le Tramal complètement depuis fin juillet 2022. Tout en soulignant cette amélioration, elle indique que sa patiente ne pourra plus reprendre d'activité comme auxiliaire de santé, la hernie discale n'étant pas encore guérie et sa patiente étant vouée à rester vulnérable. La médecin ne se prononce pas directement sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Elle indique néanmoins qu'elle ne pense pas qu'un examen médical complémentaire sera nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, vu l'amélioration, mais qu'il faut tenir compte des restrictions, soit du fait que l'assurée ne peut pas se baisser en avant, ni rester assise après une heure, ni porter plus de 5 kg et que la rotation du rachis est exclue. Avant cela, le 30 juin 2022, la Dre B_____ avait indiqué que sa patiente pourrait peut-être exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé. Ainsi, le rapport du SMR rejoint pour l'essentiel celui de la médecin traitante de la recourante, de sorte que rien n'apparaît a priori le mettre en doute. 8.3 Néanmoins, il ressort du dossier de l'intimé que, malgré la teneur de son rapport médical du 5 septembre 2022, la Dre B_____ a continué à émettre des certificats d'incapacité de travail après celui-ci. Ainsi, alors qu'en juin 2022, la Dre B_____ avait indiqué avoir reconnu une capacité de travail de 20% « pour des raisons administratives exigées par le chômage » (depuis le 17 mars 2022 selon le certificat médical du 15 mars 2022), il ressort de la note de travail du 1er novembre 2022 que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 30% à compter du 1er octobre 2022, soit toujours 70% d'incapacité de travail. L'OAI a ensuite été informé que lors du rendez-vous médical du 5 avril 2023, la médecin traitante avait maintenu une incapacité de travail de 50%. Au téléphone avec l'intimé, cette dernière a confirmé cette appréciation en indiquant que la

A/1355/2024 - 21/24 - capacité de travail était susceptible de s'améliorer après deux ou trois mois. Cependant, le 15 septembre 2023, l'assurée a informé l'OAI être à nouveau en incapacité totale de travailler. En raison de ces éléments, l'intimé a retenu qu'une mesure d'orientation afin de vérifier, entre autre, si une activité d'agente de numérisation serait toujours adaptée, n'était pas pertinente car, au vu de l'incapacité totale de travailler, elle serait vraisemblablement vouée à l'échec. Ce nonobstant, l'intimé s'est tout de même fondé sur le rapport du SMR du 3 novembre 2022 pour retenir que la recourante avait une capacité de travail entière pour exercer dans une activité adaptée lors du prononcé de la décision litigieuse. Or, tout comme l'intimé a conclu de ces éléments que la mesure d'orientation serait vouée à l'échec, il aurait dû constater qu'ils contredisaient l'amélioration annoncée par

la médecin traitante sur laquelle se fondait l'avis du SMR du 3 novembre 2022, de sorte qu'il ne pouvait se fonder sur ce dernier pour prononcer la décision litigieuse. L'intimé aurait par conséquent dû poursuivre l'instruction pour établir l'évolution de la situation médicale (capacité de travail dans une activité adaptée et limitations fonctionnelles) de la recourante par rapport aux diagnostics de lombo-radiculalgie droite non déficitaire et hernie discale L5-S1 paramédiane droite persistante avec dégénérescence du disque en cours. 8.4 Par ailleurs, le 15 septembre 2023, l'assurée, qui a annoncé se trouver à nouveau en état d'incapacité totale de travailler et non plus à 50%, a informé l'intimé de l'existence de douleurs aux cervicales qui devaient être investiguées. Il ressort du rapport d'IRM du 9 octobre 2024 produit dans la procédure devant la chambre de céans que ces douleurs sont possiblement à mettre en lien avec un nouveau diagnostic. En effet, ce rapport conclut à l'existence, au niveau C5-C6, d'une hernie discale de localisation stratégique foraminale droite et au contact avec la racine C6 à droite ainsi que de remaniements dégénératifs débutants étagés et à la présence de plusieurs lésions intrathyroïdiennes plus marquées à gauche avec un diamètre maximal de 24 mm, partiellement investiguée. Dans son avis médical du 7 mars 2024, le SMR a considéré que ces nouveaux éléments avaient rendu plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, soulignant toutefois que ces atteintes étaient postérieures à la décision litigieuse et partant non pertinentes. Cependant, eu égard au fait que l'assurée avait informé l'intimé, avant le prononcé de la décision litigieuse, des douleurs aux cervicales et des investigations à venir, il ne peut être retenu que ces éléments sont postérieurs à ladite décision. L'intimé aurait dès lors également dû instruire ce point avant de prononcer la décision litigieuse, ce qu'il n'a pas fait en se fondant sur l'avis du SMR du 2 novembre 2022. 8.5 Finalement, l'OAI a été informé à plusieurs reprises de la mise en place d'un suivi de la recourante sur le plan psychique. Ainsi, selon les notes de 1er entretien

A/1355/2024 - 22/24 - de réadaptation professionnelle du 2 décembre 2022, la recourante souffrait d'insomnies en lien avec un stress psychologique lié à sa situation financière et professionnelle et une peur de l'avenir, de sorte que la médecin traitante l'encourageait à consulter un psychologue. En mars 2023, la médecin traitante a annoncé à l'intimé au téléphone que des démarches étaient en cours pour mettre en place un soutien sur le plan psychique, au vu de la fragilité de la patiente. Selon la note de travail du 7 juin 2023, l'assurée a ensuite informé l'intimé avoir commencé un suivi chez un psychologue, en lien avec des angoisses par rapport à la situation et souffrir d'insomnies. Finalement, le 15 septembre 2023, l'assurée a confirmé à l'intimé avoir commencé un suivi psychiatrique avec médication. L'intimé n'a pas du tout instruit ce point, postérieur à l'avis du SMR du 3 novembre 2022 sur lequel il s'est fondé, avant de rendre sa décision, ni s'agissant du diagnostic, ni s'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. Dans la présente procédure, la recourante a produit un questionnaire médical rempli par son psychiatre traitant, à teneur duquel le diagnostic est un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), pour lequel la recourante était suivie au rythme d'environ deux fois par mois et était traitée par Cipralex, la dose ayant été augmentée de 10 mg à 20 mg en décembre 2023. Ce médecin souligne une fatigue en lien avec un trouble du sommeil, une baisse de sa concentration et de mémorisation, une baisse d'estime d'elle-même, une grande anxiété pour l'avenir et une vulnérabilité à toute forme de stress. Ce rapport a été soumis au SMR, qui a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante, 1) la catégorie de trouble anxieux et dépressif mixte étant utilisée quand le sujet présentait à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour

justifier un diagnostic séparé, 2) la fréquence des consultations restant faible, 3) le traitement antidépresseur n'ayant pas été modifié depuis le début de la prise en charge psychiatrique et 4) la recourante n'ayant pas été hospitalisée. Si ces éléments donnent à penser que les atteintes de la recourante au niveau psychique ne revêtent pas la gravité les conduisant à être incapacitants au sens de la jurisprudence, il reviendra néanmoins à l'intimé d'instruire également ce point pour s'en assurer et en vue d'obtenir une mise à jour du dossier sur le plan psychique, afin d'être en mesure d'opérer une évaluation globale de la situation médicale de la recourante. 8.6 Au vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas correctement établi la situation médicale de la recourante avant le prononcé de la décision litigieuse, ce qui conduit à l'annulation de celle-ci et au renvoi de la cause à celui-ci, pour instruction médicale complémentaire sur les points susmentionnés. Pour le reste, au vu du renvoi de la cause à l'intimé, il ne se justifie pas de mettre en œuvre l'expertise sollicitée par la recourante.

A/1355/2024 - 23/24 -

E. 2.2

En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'octroi de la rente d'invalidité entière du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022, ni le refus d'octroi d'autres mesures professionnelles, de sorte que le litige porte donc uniquement sur la décision de l'intimé en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2023.

A/1355/2024 - 10/24 -

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

E. 3.2

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation

juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

E. 3.3

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

E. 3.4

En l'espèce, la décision a été rendue postérieurement au 31 janvier 2022. Par ailleurs, si la demande a été déposée en juillet 2020, si le délai d'attente d'une

A/1355/2024 - 11/24 - année est venu à échéance le 1er novembre 2020 et si le droit à la rente est né le 1er janvier 2021, la modification de circonstances retenue par l'intimé est survenue en septembre 2022 conduisant à la suppression de la rente à compter du 1er janvier 2023. Le nouveau droit est partant applicable au litige, de sorte que les dispositions seront citées dans le teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022.

E. 4

La recourante affirme que le versement de la rente aurait dû se poursuivre après le 31 décembre 2022.

E. 4.1

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.

E. 4.2

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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les

références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

E. 4.3

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide

A/1355/2024 - 12/24 - découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 (art. 88a al. 1 RAI). Lorsqu'est prise une première décision concernant l'octroi simultané de deux rentes successives dont la seconde est d'un montant inférieur, ou même l'octroi d'une rente dont la suppression ultérieure est décidée simultanément, la réduction ou la suppression de la rente prend effet à l'un des délais mentionnés à l'art. 88a al. 1, RAI. Cette réduction ou cette suppression prend effet le premier jour du mois suivant l'expiration de la période de trois mois (Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS], Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, n. 4102 concernant l'art. 88a al. 1 LAI, qui n'a pas changé au 1er janvier 2022).

E. 5.1

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). 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

E. 5.2

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

A/1355/2024 - 13/24 - Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance- invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références). 6. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et

E. 9

Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

E. 10

Malgré l'issue du litige, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas représentée (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'office intimé.

A/1355/2024 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.