

GE_GERICHTE A/1457/2025 vom 9. Oktober 2025

GE Cour de justice, 2025-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1457_2025

FR: GE_GERICHTE A/1457/2025 du 9 octobre 2025

IT: GE_GERICHTE A/1457/2025 del 9 ottobre 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 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. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ■ E5 10).

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7 e jour avant Pâques au 7 e jour après Pâques (art. 60 al. 2 LPGA, renvoyant à l'art. 38 al. 4 let. a LPGA ; cf. aussi l'art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 31 janvier 2023.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1 er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1 er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). 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 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a 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. 3.2

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, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 3.3

En l'occurrence, il n'est pas contesté que, tant la naissance du droit à une rente que le motif de révision de celle-ci sont survenus après le 31 décembre 2021, de sorte les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%.

E. 4.1.1

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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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. 88 a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références). En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 et les références). 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).

E. 4.1.2

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Cependant 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). Selon la jurisprudence, en cas d'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, outre la disposition de révision de l'art. 17 al. 1 LPGA, la règle de l'art. 88 a al. 1 RAI concernant la modification du droit aux prestations en cas d'amélioration de la capacité de gain s'applique par analogie lorsqu'un changement influant sur le droit aux prestations est survenu avant la première décision de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_94/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.1). 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. 88 a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références). L'art. 88 a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de toute ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (1^e phrase). 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 (2^e phrase). En règle générale, il convient d'examiner pour l'avenir (pro futuro) si une amélioration de la capacité de gain est susceptible de durer longtemps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5 et les arrêts cités). Le Tribunal fédéral applique généralement la 2^e phrase de l'art. 88 a al. 1 RAI et accorde ou confirme la rente plus élevée perçue jusqu'alors pendant trois mois après le changement de l'état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_94/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.1 ; 8C_670/2011 du 10 février 2012 consid. 5.1 ; 9C_491/2008 du 21 avril 2009 consid. 2 ; plus récemment, par exemple, 9C_544/2018 du 5 février 2019 consid. 7.3 ; 8C_220/2018 du 14 novembre 2018 consid. 5.3 ; 9C_112/2018 du 20 septembre 2018 consid. 4.2 ; 8C_309/2018 du 2 août 2018 consid. 6). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'y a lieu de renoncer à l'octroi d'un délai d'attente jusqu'à la suppression/modification du droit à la rente que dans des cas exceptionnels. La suppression « immédiate » de ce droit a ainsi été jugée justifiée, par exemple, parce qu'une amélioration était déjà prévisible depuis un certain temps, mais que la date de la modification de la capacité de travail n'était documentée nulle part (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2010 du 6 octobre 2011 consid. 4.2), ou parce que l'évolution de la capacité de travail ne pouvait être déterminée avec précision mais que cela n'avait été possible qu'au moyen d'une expertise s'écartant des incapacités de travail attestées en temps réel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_810/2010 du 16 septembre 2011 consid. 4.2). Dans ces cas, le Tribunal fédéral a fait coïncider la date de la suppression/modification de la rente avec le moment de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5 précité).

E. 4.2

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 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. 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).

E. 4.3

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).

E. 5.1

Selon l'art. 28 b LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (cf . al. 4). 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).

E. 5.2

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'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 la classification internationale des maladie (CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 5.3

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). 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).

E. 5.4

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 consid. 5.2.2 et la référence).

E. 5.5

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 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).

E. 6.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

E. 6.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 6.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 6.3.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 6.3.2

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 6.3.3

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

E. 6.3.4

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

E. 6.3.5

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 7.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 7.2

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).

E. 8

En application de la jurisprudence précitée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références), il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la naissance du droit à la rente, en octobre 2022, avec celle qui existait le 31 janvier 2023, soit à l'issue du délai de trois mois à compter de la modification de l'état de fait survenue en novembre 2022 (cf . ci-dessus : consid. 4.1.2).

E. 8.1

En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise du 26 septembre 2024 qu'au terme du délai d'attente d'un an, soit en octobre 2022, la recourante avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts. Le SMR a toutefois estimé, par avis du 8 octobre 2024, qu'en tant que les experts faisaient naître le recouvrement d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée une année après l'apparition des lombosciatalgies, il convenait de tenir compte du fait qu'en octobre 2022, le traitement antalgique conservateur (trois infiltrations périoradicaux subies entre le 23

novembre 2021 et le 12 septembre 2022 ; cf . expertise, p. 7-9) n'avait pas encore duré une année et qu'ainsi, la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée retenue par les experts ne pouvait être admise qu'à compter du mois de novembre 2022. Aussi l'intimé a-t-il estimé qu'en application de l'art. 88 a RAI, l'incapacité de gain totale au moment de la naissance du droit à la rente justifiait l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 janvier 2023, l'amélioration constatée ayant duré trois mois à ce moment-là. La décision attaquée retient ainsi, sur la base de cet avis du SMR, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 7 octobre 2021, mais de 50% dans une activité adaptée depuis novembre 2022. Dite décision retient également qu'au vu de la comparaison des revenus effectuée après le rapport d'expertise précité, la recourante ne subissait qu'une perte de gain de CHF 47'170.- (soit 65.35%) en 2023, respectivement CHF 49'949.- (soit 69.20%) en 2024, justifiant ainsi la suppression de la rente entière au 31 janvier 2023 (cf . art. 88 a al. 1 RAI) et son remplacement par une rente de 65% du 1 er février au 31 décembre 2023, respectivement une rente de 69% dès le 1 er janvier 2024. Si le raisonnement qui sous-tend l'octroi d'une rente entière n'est pas contesté, il n'en va pas de même pour la période postérieure au 31 janvier 2023, la recourante contestant avoir une capacité de travail de 50% que les experts lui reconnaissent dans une activité adaptée. Aussi convient-il d'examiner la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire.

E. 8.2

Dans leur rapport du 26 septembre 2024, les experts ont retenu les diagnostics suivants, de nature exclusivement somatique : - discopathies L3-L4 et L4-L5 avec hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche comprimant la racine L4 gauche ; - rétrécissements foraminaux L3-L4, L4-L5 et L5-S1 gauches. Sur le plan orthopédique, l'expert K_____ a mentionné que l'assurée avait subi trois infiltrations rachidiennes – la dernière en septembre 2022 – sans amélioration durable, qu'elle prenait une médication antalgique par morphiniques depuis décembre 2023, « correspondant à une intensité douloureuse majeure » (rapport d'expertise p. 17). Les diagnostics précités entraînaient des limitations fonctionnelles pour le port de charges supérieures à 5 kg, les déplacements supérieurs à 30 minutes, les positions debout ou assise prolongées supérieures à 1 heure et les travaux en porte-à-faux (expertise, p. 34). Concernant les troubles actuels, l'expert K_____ a relevé que l'assurée rapportait avoir essayé « toutes les médecines alternatives », qu'elle avait ainsi consulté un ostéopathe, un chiropraticien, un acupuncteur et un magnétiseur, que ces traitements alternatifs avaient permis un léger mieux au début des symptômes en 2021-2022 mais plus du tout par la suite. L'assurée « [concédaient ainsi] une amélioration [de ses troubles] » par rapport à la situation prévalant au début des symptômes en octobre 2021 (la jambe gauche était alors « paralysée » ; expertise, p. 26 in fine). En outre, l'expert K_____ a constaté que « durant l'entretien de près de 45 minutes, [l'assurée était] en mesure d'observer une position assise sans signe d'inconfort » (expertise, p. 20), qu'elle avait pu « se déplacer de manière autonome [jusqu'à Aigle] pour la procédure expertale » (ce qui représentait environ deux heures de trajet en transports publics ; expertise, p. 29), se rendre en avion au Kosovo et en Turquie pour les vacances durant l'été 2024 (expertise, p. 28), qu'elle « [entraînait] aisément en contact avec l'expert » et s'exprimait parfaitement en français (expertise, p. 18). Estimant que l'assurée disposait ainsi de ressources et de capacités, l'expert K_____ a considéré au terme de l'examen clinique que si l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées n'en restait pas moins exigible à 50% (soit 4 heures à 4 heures et demie sur une demi-journée, sans diminution de rendement ;

expertise, p. 34), comme par exemple dans le domaine de l'horlogerie ou dans toute autre profession permettant l'alternance des positions debout et assise (expertise, p. 28 in fine). Sur le plan psychiatrique, l'expert L_____ n'a retenu aucune psychopathologie et donc aucune diminution de la capacité de travail pour des motifs psychiques. Cela étant, il n'en a pas moins procédé à des constatations et appréciations en lien avec la prise de morphiniques en citant notamment un rapport de consultation du 27 août 2024 de la Dre I_____, envoyé par l'assurée aux experts, dans lequel il était indiqué que « le Palexia la shoote sans améliorer les douleurs [et qu'elle] se plaint de perte de mémoire et de fatigue ». Dans ce rapport, cette rhumatologue mentionnait également que durant ses vacances en Turquie, l'assurée « [avait] dû rester allongée » (expertise, p. 15 ; cf. aussi dossier AI, doc. 97, p. 410). Dans le même ordre d'idées, l'expert L_____ a constaté dans l'examen des ressources de l'assurée que celle-ci présentait une hyposthénie « liée à une consommation antalgique de dérivés morphinique[s] » et qu'en conséquence, elle « [n'était] actuellement pas capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu » (expertise, p. 19). En l'absence d'atteinte à la santé psychique, l'expert psychiatre laissait toutefois le soin à son confrère orthopédiste d'apprécier les répercussions du traitement en question en ces termes : « [l'assurée] consomme un traitement antalgique morphinique potentiellement sédatif. Cela s'explore ailleurs » (expertise, p. 17). À ce stade de l'analyse, la chambre de céans constate que sur le plan orthopédique, l'état de l'assurée n'a pas connu d'évolution depuis la légère amélioration des symptômes intervenue en 2021-2022, soit peu après l'apparition des lombosciatalgies le 7 octobre 2021. Il s'ensuit que l'examen effectué par l'expert K_____ le 4 septembre 2024, en particulier les déductions qui en sont tirées quant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2022 (novembre 2022 selon le SMR) ne prêtent a priori pas le flanc à la critique, ce d'autant que tant le volet psychiatrique (non contesté) que le volet rhumatologique de l'expertise remplissent en principe les réquisits jurisprudentiels qui permettraient d'en reconnaître la valeur probante, sous réserve de ce qui suit : on constate en effet que l'expert orthopédiste K_____ ne prend position que de manière lacunaire sur le traitement morphinique précité, administré « depuis fin 2023 » (cf. expertise, p. 26), lequel ferait obstacle à un « rendement continu » aux dires de l'expert psychiatre L_____. L'expert K_____ ne retient certes aucune diminution de rendement pour l'exercice d'une activité adaptée à 50%. Toutefois, le raisonnement proposé pour parvenir à cette conclusion n'en reste pas moins tronqué. En effet, le fait de retenir que « les plaintes douloureuses rachidiennes de l'assurée demeurent cohérentes et plausibles » et que « l'intensité douloureuse alléguée par l'assurée est corroborée par la prise quotidienne d'une antalgie par morphiniques » (expertise, p. 31) n'a de sens que si ces éléments caractérisant l'atteinte à la santé font eux-mêmes l'objet d'une analyse exhaustive de leurs éventuelles conséquences fonctionnelles négatives, ce qui n'est pas le cas. En effet, contrairement à l'expert psychiatre, l'expert orthopédiste n'aborde nulle part les éventuelles répercussions du traitement antalgique par morphiniques. Son examen reste centré sur le status orthopédique. De plus, son inventaire des ressources (maîtrise parfaite du français, diplôme ATSSO obtenu en 2018, possibilité de se rendre de manière autonome au centre d'expertise, contact aisé avec l'expert, soutien affectif des filles et du mari) n'est tempéré par aucune analyse des « facteurs pesants » pourtant prévue dans la mission d'expertise (expertise, p. 33, ch. 7.2). Sous l'angle d'une appréciation médicale censée être consensuelle, cette lacune est d'autant plus inexplicable que l'expert L_____ retient, à titre

de « facteur pesant », l'hyposthénie liée à la consommation de dérivés morphiniques en précisant que cette question est explorée ailleurs par l'expert K_____ (cf . expertise, p. 17, 19, 52-54), ce qu'elle n'est pas dans les faits.

E. 8.3

En l'état lacunaire de l'instruction, il n'est donc pas établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de 50% recouvrée dans une activité adaptée dès novembre 2022 se serait maintenue à ce taux jusqu'à la date de la décision litigieuse, vu la prise de dérivés morphiniques dès décembre 2023 par l'assurée et les répercussions de ces substances sur le « rendement continu » aux dires de l'expert psychiatre L_____. Aussi se justifie-t-il d'annuler la décision litigieuse. On rappellera néanmoins que lorsque dans le cadre de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée, seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, ce qui est le cas en l'espèce, le pouvoir d'examen du juge (et de l'administration, en cas de renvoi de la cause) s'étend également aux périodes pour lesquelles l'octroi des prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413).

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 14 mars 2025 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants (ci-dessus : consid. 8.2), le cas échéant au moyen d'un complément d'expertise, pour qu'il examine le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au besoin pour la période du 1^{er} octobre 2022 au 31 janvier 2023.

E. 10.1

Obtenant partiellement gain de cause et étant assistée par un conseil, la recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 10.2

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI) et vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. ***** 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.