

NE_GERICHTE CDP.2024.156 vom 22. Januar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.156

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.156 du 22 janvier 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.156 del 22 gennaio 2026

Erwägungen

E. 2

LAI).

b) Aux termes de l'article 17 al. 1 LPGA, 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. 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'article 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 134 V 131 cons. 3, 130 V 343 cons. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 141 V 9 cons. 2.3). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 cons. 2.3).

Par ailleurs, à mesure que les règles régissant les cas de révision s'appliquent par analogie lorsqu'une décision accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa réduction ou sa suppression (art. 17 LPGA ; ATF 145 V 209 cons. 5.3 et 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 05.01.2021 [9C_244/2020] cons. 2.2), il convient d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, est intervenu qui justifie la réduction ou la suppression de la rente. La date de la modification du droit à la rente est déterminée conformément à l'article 88a RAI (arrêt du TF du 17.07.2015 [9C_333/2015] cons.

E. 2.3

et 3.2). Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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 (1^{ère} 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^{ème} phrase).

Enfin, le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'■ office AI (arrêt du TF du 15.04.2021 [8C_510/2020] cons. 2.2 et les réf. cit.).

5.a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a recours, a besoin d'■ informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit.).

b) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'■ exceptionnellement. Il en découle que l'■ assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la «validité»), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'■ ensemble de l'■ éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'■ implique cependant pas encore qu'■ elle est invalidante. Le caractère invalidant d'■ une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'■ après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'■ assuré qu'■ il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'■ assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 134 V 231 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a ; arrêt du TF du 09.01.2015 [9C_618/2014] cons. 6.1).

d) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ;Riemer-Kafka[Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3^eéd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des 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 135 V 465, cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc ; arrêt du TF du 28.08.2024 [8C_816/2023] cons. 3.2). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ;Valterio, Commentairede la loi fédérale sur l'assurance-invalidité[LAI], 2018, n° 48 ad art. 57). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bisLAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bisLAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI 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 135 V 465 cons. 4.6).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, la jurisprudence pose que le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. cit.). On ne saurait ainsi 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.

e) Selon la jurisprudence, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques ■ y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 cons. 4.5.1), ainsi que les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) ■ doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 cons. 6 et 7 et les réf. cit.). La question déterminante est celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. Ainsi, 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.

Les indicateurs standards devant être pris en considération en général sont classés d'après leurs caractéristiques communes. Les indicateurs appartenant à la catégorie «degré de gravité fonctionnel» forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Au sein de cette catégorie, dans le complexe «atteinte à la santé», le premier indicateur à mentionner est le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. Les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités. Le complexe «personnalité» a trait aux capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. Quant au complexe «contexte social», il permet de faire des déductions quant aux ressources mobilisables de l'assuré. Il faut ensuite examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie «degré de gravité fonctionnel» résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie «cohérence». A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés.

6. Le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité au 31 mai 2021. La naissance du droit à la rente au 1er novembre 2020 n'est pas contestée de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

a) La recourante s'en prend à la procédure suivie par l'intimé concernant la mise en œuvre de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée en 2023.

a/aa) L'article 44 LPGa, dans sa version – applicable en l'espèce – en vigueur depuis le 1er janvier 2022, règle le recours par l'administration à une expertise médicale.

Selon l'article 44 al. 1 LPGa, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il peut ordonner notamment une expertise monodisciplinaire (let. a), une expertise bidisciplinaire (let. b) ou une expertise pluridisciplinaire (let. c). L'article 44 al. 2 LPGa précise que si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'article 36 al. 1 LPGa, et présenter des contrepropositions dans un délai de dix jours (al. 2). Si, malgré la demande de récusation,

l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA). Cette disposition intègre la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment l'obligation de rendre une décision incidente en cas de désaccord sur le choix de l'expert (ATF 137 V 210 cons. 3.4.2.6 et 3.4.2.7).

En application de l'article 44 al. 2 LPGA, le Conseil fédéral a adopté l'article 7j de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ■ RS 830.11) sur l'exigence de la recherche d'un consensus. D'après cette disposition, si une partie récusé un expert en vertu de l'article 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation. En l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (al. 2). Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

a/bb) Selon l'article 44 al. 5 LPGA, les disciplines médicales sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises visées à l'al. 1, let. a et b, et par le centre d'expertises pour les expertises visées à l'al. 1, let. c.

Aux termes de l'article 72bisRAI, les expertises impliquant deux disciplines médicales doivent être réalisées par un centre d'expertises médicales lié à l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) par une convention (al. 1bis). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 3).

a/cc) L'article 7m OPGA, entré en vigueur le 1er janvier 2022, fixe les exigences concernant les experts. Selon l'alinéa 1, ceux-ci peuvent réaliser des expertises au sens de l'article 44 al. 1 LPGA s'ils disposent d'un titre postgrade au sens de l'article 2 al. 1 let. b et c de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales (OPMéd ■ RS 811.112.0), sont inscrits dans le registre visé à l'article 51 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd ■ RS 811.11), possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'article 34 ou 35 LPMéd l'exige, et disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique. Selon l'article 7m al. 2 OPGA, les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, SIM).

a/dd) L'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale (art. 44 LPGA) non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une «second opinion» superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 138 V 271 cons. 1.1, 137 V 210 cons. 3.4.2.7).

b) En l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner les griefs de nature formelle soulevés par la recourante contre l'expertise, sur la base de laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision de refus de rente.

Dans le cas particulier, au vu de l'avis du SMR du 6 mars 2023 recommandant de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie, l'OAI a, par communication du 7 mars 2023, informé la recourante qu'il entendait mandater un centre

d'expertise pour l'examen médical approfondi portant sur ces deux disciplines différentes et que le choix du centre d'expertises se faisait de manière aléatoire, conformément à l'art. 72bisRAI. La liste des questions envisagées lui a également été soumise avec un délai de 10 jours pour adresser ses questions complémentaires. Dans une seconde communication du 9 mai 2023, l'intimé lui a donné le nom du centre d'expertises ainsi que celui des experts (avec leurs spécialités) en l'informant notamment qu'elle disposait d'un délai de 10 jours pour faire part de ses éventuels motifs de récusation à l'égard d'un ou des experts.

La recourante ne conteste pas avoir reçu ces communications et son absence de réaction. Elle soutient désormais qu'elle n'aurait pas eu la faculté de s'exprimer sur le choix de l'OAI de procéder à une expertise bi-disciplinaire ou pluridisciplinaire et qu'aucun examen n'aurait été effectué s'agissant des compétences des médecins désignés au sens de l'article 7m OPGA. On observe au contraire qu'elle a eu tout le loisir de contester l'éventuelle incompétence des experts, le choix des disciplines médicales ainsi que de poser des questions complémentaires. En renonçant à cette dernière possibilité, elle a manqué l'occasion de soumettre des questions relevant d'autres domaines de spécialisation (neurologie, par exemple) qui auraient pu, selon leur pertinence, être de nature à modifier le type d'expertise souhaité par l'OAI. Il lui appartenait de faire valoir ses griefs auparavant et de solliciter, le cas échéant, une décision incidente, ce qu'elle n'a pas fait.

Cela étant, et s'agissant en particulier des compétences des experts, la consultation de la plateforme des professions de la santé tenue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (<https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>) ainsi que celle tenue par Swiss Insurance Medicine (<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/experts-certifies>) permet de constater que les experts sont tous deux titulaires d'une certification SIM, répondant ainsi aux exigences légales précitées. Ces informations sont des faits notoires, dès lors qu'ils ressortent de sites internet bénéficiant d'une empreinte officielle (ATF 143 IV 380 cons. 1.2 ; arrêt du TF du 12.03.2025 [2C_561/2024] cons. 2). Ce grief est ainsi manifestement mal fondé.

Dans un deuxième grief, la recourante reproche à l'OAI d'avoir renoncé – contrairement à ce qui était prévu – à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et de s'être restreinte à une expertise bi-disciplinaire. Si elle n'explique aucunement sur quel élément au dossier elle fonde cette assertion, il ressort de l'avis du SMR précité que seule une expertise bi-disciplinaire était envisagée par l'OAI. Par ailleurs, la recourante ne saurait déduire un quelconque droit à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, en se fondant sur la jurisprudence qu'elle cite (ATF 139 V 349) à mesure qu'il est expressément précisé que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire peut être préférée en lieu et place d'une expertise pluridisciplinaire si la situation médicale s'y prête, ce qui est le cas en l'espèce (cf. infra). Au demeurant, et contrairement à ce qu'elle semble penser dans son recours, le fait qu'un traitement puisse être envisagé en lien avec de la «neurostimulation» ne saurait de facto nécessiter une réponse de la part d'un médecin spécialisé en neurologie et/ou en neurochirurgie. Une réponse de la part des experts rhumatologue et/ou psychiatre peut le cas échéant être suffisante, suivant les circonstances qui seront clarifiées dans le cadre de l'examen de l'expertise ci-après. Ce grief est également mal fondé.

c) Au vu de ce qui précède, aucun grief ne saurait être reproché à l'■OAI dans la mise en ■uvre de l'■expertise (art. 44 al. 5 LPGA, 72bisal. 1bisRAI).

7. La recourante conteste ensuite la valeur probante du rapport d'■expertise dont le contenu serait le reflet d'■un examen lacunaire et d'■une appréciation erronée des experts sur sa capacité de travail.

a) Sur le plan rhumatologique, le Dr G. _____ a retenu les diagnostics de status post chirurgie du tunnel carpien stabilisé, de status post chirurgie lombaire stabilisée et de spondylarthrite axiale stabilisés sous Enbrel. L'■examen rhumatologique était rassurant, sans argument pour une pathologie rhumatismale inflammatoire active. Il persistait toutefois un syndrome lombovertébral sans radiculalgie sciatique ou crurale ou déficitaire, avec dysbalance musculaire, lui permettant de retenir un syndrome douloureux lombaire fonctionnel atypique persistant, sans signe déficitaire. Il existait une possible spondylarthrite axiale radiologique, compte tenu de la présence d'■une sacro-illite et l'■absence du HLA-B27, stabilisée par Enbrel depuis son instauration en juin 2021, dont la modification thérapeutique n'■avait pas à être envisagée au vu du résultat très satisfaisant, précisant qu'■il existait d'■autres traitements possibles en cas de poussées inflammatoires. Quant à l'■examen neurologique, il était normal, les réflexes étant présents et symétriques aux quatre membres, entre autres éléments. La recourante était restée assise durant 47 minutes, ne se levant qu'■à une seule reprise pour ses douleurs, était autonome tant dans ses déplacements – avec une boiterie du membre inférieur gauche qui n'■était pas vérifiable à l'■examen somatique (la marche était précautionneuse mais fluide et sans canne) – qu'■au déshabillage et à l'■habillage. Les soins corporels étaient satisfaisants. Il a également passé en revue le déroulement détaillé et représentatif d'■une journée type de l'■expertisée. Le matin, elle prenait son petit-déjeuner, se reposait sur le canapé en regardant la télévision, rangeait notamment la cuisine, faisait les lits, passait l'■aspirateur ou le balai et préparait seule ses repas, le tout de manière fractionnée et entrecoupé de pauses. Dans l'■après-midi, elle se rendait sur sa terrasse pour s'■occuper de ses fleurs, de ses fruits et légumes, faire du jacuzzi ou un bain de soleil, allait faire ses courses avec sa mère ou son copain. Elle aimait sortir, se promener, s'■occuper de son chat (litière, etc.) et se rendait à ses rendez-vous si elle en avait. Le soir, elle préparait ses repas, toujours seule, et regardait la télévision. Il a mentionné le fait que la recourante était partie au Portugal en 2021 avec son ami en voiture. L'■expert a noté plusieurs incohérences, en ce sens que les symptômes décrits ne se retrouvaient pas à l'■examen somatique. L'■intéressée était du reste partie au Portugal en voiture et l'■activité et le déroulement de la journée type contrastaient avec l'■utilisation d'■une canne à la marche. Au vu de la capacité de l'■expertisée à gérer son quotidien, il a attesté une capacité de travail de 100 % dans l'■activité habituelle et dans une activité adaptée dès le mois de mars 2021, soit un an au maximum après l'■opération de la hernie discale en mars 2020 et, à titre de limitations fonctionnelles, la nécessité d'■éviter le port de charge de plus de 10 kg de façon répétée, la surcharge du rachis dans sa totalité, le fait de monter-descendre les échelles et les échafaudages, la marche sur des terrains accidentés et de favoriser l'■alternance des positions assis-debout chaque heure tout au plus. Il a tenu compte, en sus, d'■une diminution de la performance de 10 %, en raison de la possibilité et du risque de rechute du rhumatisme inflammatoire et du status post chirurgie lombaire.

Sur le plan psychiatrique, le Dr F. _____ a posé les diagnostics invalidants d'■anxiété généralisée (F41.1) et de trouble hyperkinétique (F90.0). Le premier diagnostic se fondait sur le constat que la recourante présentait une interruption prématurée des tâches déjà

entreprises et était incapable de lire depuis l'arrêt d'un traitement psychopharmacologique psychostimulant. Le deuxième diagnostic était justifié par le fait que l'expertisée s'attendait à des malheurs divers et variés pour elle ou ses proches, qu'elle était incapable de se détendre, présentait une tension musculaire, une céphalalgie et une épigastralgie. Les chances de guérison étaient bonnes mais le traitement psychiatrique ne correspondait pas aux symptômes exposés. L'expert a ainsi proposé la mise en place d'un traitement psychopharmacologique avec de l'Agomélatine et de la Prégabaline pour ce qui était du trouble de l'anxiété, le trouble hyperkinétique devant quant à lui être traité par la prise de Ritaline. De plus, et après avoir passé en revue le déroulement d'une journée type, procédé à l'examen clinique – avec une expertisée calme, compliant et légèrement démonstrative – dont le résultat était proche de la norme, et mesuré les taux sériques de la Duloxétine, il a conclu que l'intéressée disposait de ressources. Elle était notamment capable de respecter les règles et de venir à ses rendez-vous, de consacrer du temps adéquat à son ménage, d'adapter son comportement et sa réflexion en fonction des situations, de prendre des décisions et émettre des jugements de manière compréhensible, de percevoir les faits de façon différenciée et d'en tirer les conclusions et les conséquences appropriées, de persévérer suffisamment longtemps dans une activité avec un rendement continu, de défendre ses convictions sans violer les normes sociales, d'entrer aisément en contact avec les tiers, d'intégrer un groupe, de donner et de recevoir un soutien affectif significatif quand bien même son réseau social s'était réduit, de se déplacer en véhicule ou à pied. Elle était aussi en mesure de regarder la télévision, de partir en vacances et son hygiène était sans particularité. Au terme de son examen, l'expert a noté des incohérences, en ce sens que l'expertisée était fonctionnelle d'un point de vue conjugal ou familial et n'avait pas une bonne adhérence au traitement mis en place (Duloxétine), lui permettant d'affirmer qu'il n'existait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines. Les plaintes étaient cohérentes et plausibles, au regard des symptômes présentés, mais relevaient d'un domaine algique somatique et s'est positionné sur les diagnostics posés jusqu'alors par les médecins psychiatres. Selon lui, la capacité de travail était entière depuis toujours dans toute activité.

Procédant enfin à une évaluation consensuelle de la situation, les experts ont conclu que la recourante était apte à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées à hauteur de 100 %, avec une diminution de rendement de 10 % pour des motifs rhumatologiques, dès le mois de mars 2021.

b) D'un point de vue formel, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise comprend une évaluation interdisciplinaire, qui se fonde notamment sur l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier depuis le dépôt de la première demande de prestations, permettant aux experts, par la mise en commun de leurs observations respectives, de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante en fonction des diagnostics retenus. Il ressort par ailleurs de chacun des volets de l'expertise que les experts ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes de l'expertisée, dressé des status complets découlant de leurs investigations cliniques et discuté des diagnostics posés jusqu'alors par leurs confrères. Leurs conclusions sont enfin étayées, compréhensibles et ne laissent apparaître aucun élément permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques. Le rapport d'expertise, dont le volet psychiatrique permet un examen des indicateurs au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281), respecte ainsi les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des documents médicaux

(cf. arrêt du TF du 09.01.2015 [9C_618/2014] cons. 6.1).

La recourante critique l'accueil du Dr G. _____ avant le début de l'enregistrement sonore en invoquant un accueil «très brusque» et une «[mise] en garde sur les conséquences d'un comportement inadéquat». Outre que ces circonstances sont insuffisantes pour fonder une partialité de l'expert, la recourante n'a pas soulevé cet élément immédiatement après l'expertise ou dans le cadre de la procédure de contestation du projet de décision. Son argument, tardif, doit être rejeté.

c) Il convient d'examiner si les griefs soulevés par la recourante peuvent mettre en cause la valeur probante de l'expertise du SEM.

c/aa) Sur le plan matériel, et s'agissant tout d'abord du volet rhumatologique, la recourante reproche au Dr G. _____ en particulier de l'avoir soupçonnée d'exagérer ses symptômes au vu des tâches ménagères qu'elle était en mesure d'accomplir et d'avoir limité son examen à cet aspect. Ce grief n'est cependant pas fondé.

L'accomplissement desdites tâches ou même de l'exercice des loisirs rapportés par un assuré sont autant d'indices dont l'expert doit tenir compte pour se forger une opinion globale. Le contraire reviendrait à cautionner des répercussions différentes d'une même atteinte à la santé sur les sphères professionnelle et privée, ce qui n'est pas justifié. De plus, l'expert ne s'est pas limité à considérer le volet domestique, puisqu'il a procédé à un examen clinique qui s'est avéré sans particularité. Or c'est en confrontant ces deux domaines qu'il a constaté la présence d'incohérences entre le comportement de la recourante et les symptômes et plaintes dont elle se prévaut pour se considérer comme inapte à reprendre l'exercice d'une activité professionnelle. L'intéressée s'adonne manifestement à de nombreuses activités impliquant toutes sortes de mouvements, de positions et de déplacements incompatibles avec l'utilisation d'une canne, admettant même passer la tondeuse à gazon, de sorte que l'évaluation de l'expert n'est pas critiquable, ce d'autant moins à l'aune de la version contradictoire de la recourante qui affirme, dans son mémoire de recours, être dans l'impossibilité de passer la tondeuse.

Pour les mêmes motifs, celle-ci ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient que le Dr G. _____ lui a reconnu la possibilité de maintenir une position statique durant heure uniquement en se fondant sur l'entretien qui avait duré 47 minutes et qu'il n'avait pas tenu compte du fait qu'elle s'était levée une fois pour soulager ses douleurs. L'intéressée est manifestement capable de rester assise pour une durée conséquente, puisqu'elle était partie en voiture au Portugal en 2021. Elle reconnaît du reste elle-même dans son mémoire de recours avoir utilisé un coussin orthopédique d'assise et dorsal et pris des antidouleurs toutes les 4 heures ■ lesquels lui sont bénéfiques selon toute vraisemblance – pour supporter le voyage. L'on ne peut donc que conclure qu'elle dispose des moyens et des ressources nécessaires pour rester dans une position statique dans les limites admises par l'expert. Au demeurant, ce grief ne tendrait qu'à retrancher une des limitations fonctionnelles retenues par l'expert dont les conclusions ne seraient pas fondamentalement ébranlées.

Les rapports produits par la recourante dans le cadre de la présente cause ne lui sont par ailleurs d'aucun secours. Tant le Dr B. _____ que le Dr H. _____ se limitent à donner leur propre appréciation de la situation en considérant la capacité de travail comme nulle, sans remettre en cause les diagnostics retenus par l'expert ou démontrer l'impossibilité médicale pour l'intéressée de mettre à profit une capacité de travail de

90 % dans une activité adaptée, ce qui est par conséquent insuffisant pour invalider les conclusions prises selon la jurisprudence. L'on ne comprend enfin pas le but visé par sa requête tendant à instruire la cause sur le plan neurochirurgical si ce n'est de prouver une diminution de ses douleurs par neurostimulation. Par ailleurs, l'expert a procédé à un examen neurologique qui s'est révélé normal, de sorte qu'une instruction complémentaire sur ce plan n'était pas nécessaire.

c/bb) Sur le plan psychiatrique, la recourante reproche au Dr F._____ d'avoir écarté toute forme de dépression chronique en se limitant à ses observations et sans discuter l'avis de ses confrères ainsi que l'impact des troubles récurrents et les traumatismes passés pouvant entrer en ligne de compte à titre de comorbidités dans l'appréciation de son état de santé. Quoiqu'elle en dise, l'expert ne s'est pas uniquement fondé sur ses propres observations pour aboutir à l'absence de diagnostics psychiatriques invalidants. Son appréciation repose aussi sur les rapports médicaux émanant de ses confrères dont il discute les avis. À cet égard, il a expliqué que les diagnostics de trouble schizo-affectif (F25.9) et de trouble délirant persistant (F22.0) retenus par la Dre C._____ (rapport du 09.12.2021), la Dre D._____ (rapport du 27.12.2022) et les médecins de la Clinique [a] et du CNP (rapports des 24.01.2022 et 07.02.2022) devaient être écartés, en l'absence d'un traitement psychopharmacologique neuroleptique et en présence d'une expertisée ancrée dans la réalité, ce qui ne procédait pas d'un éventuel syndrome dissociatif et ne présentait pas de signes directs ou indirects de manifestations hallucinatoires quels que soient les registres envisagés, notamment cénesthésiques ou persécutoires. Il n'a pas non plus retenu un état de stress post-traumatique (F43.1), en l'absence de situation exceptionnellement menaçante ou catastrophique telle que guerre, accident grave, mort violente, torture, terrorisme, l'expert ajoutant que l'évolution de cette typologie diagnostique s'effectuait vers la guérison dans la plupart des cas. L'expertisée ne faisait enfin pas l'objet d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), à défaut de tout substrat somatique suffisamment explicatif. Par ailleurs, et contrairement aux allégations de la recourante, ses traumatismes infanto-juvéniles (abus sexuels répétés, viols) ont été mentionnés dans l'anamnèse familiale et repris dans le cadre de l'examen de sa personnalité, de sorte qu'il doit être retenu qu'ils ont été pris en compte par l'expert. La recourante n'apporte finalement aucun élément tangible venant infirmer les conclusions motivées de l'expert, selon lequel le trouble hyperkinétique (F90.0) et celui d'anxiété généralisée (F41.1) ne sont pas invalidants, lesquels peuvent du reste être traités avec de bonnes chances de guérison.

d) En résumé, l'expertise remplit les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ses conclusions sont convaincantes et suffisantes pour examiner le droit à la rente de l'intéressée, et cette dernière n'a pas apporté d'éléments permettant de la mettre en doute. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de faire suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur les volets psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgical.

8. Retenant ainsi que, dès le mois de mars 2021, la recourante a recouvré une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – à savoir une activité qui lui permettait d'alterner les positions assise / debout au moins toutes les heures, sans marche en terrain accidenté, sans franchissement d'échelles/échafaudages, sans surcharge du rachis dans sa totalité et avec une limitation du port répété de charges à 10 kg ■ l'OAI a fixé son degré d'invalidité à

10 %, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente. Par conséquent, l'OAI était en droit de mettre un terme à sa rente d'invalidité au 31 mai 2021, soit trois mois après l'amélioration médicalement constatée de son état de santé (article 88a al. 1 RAI).

Lerecours, mal fondé, doit donc être rejeté.

9.a) Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 61 let. fbis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI), qui n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

b) La recourante sollicite l'assistance judiciaire pour la présente procédure. La cause ne paraissait pas d'emblée vouée à l'échec et le soutien d'un avocat pour procéder devant la Cour de céans était indiqué. Il ressort des documents fournis par la recourante qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative, était au bénéfice de l'aide sociale durant toute l'année 2023 et fait l'objet de plus d'actes de défaut de biens, de sorte que l'indigence est établie. En conséquence, la requête d'assistance judiciaire doit être admise et les frais seront supportés provisoirement par l'Etat. Mandataire de l'intéressée, Me I. _____ sera désignée en qualité d'avocate d'office.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde à la recourante l'assistance judiciaire et désigne Me I. _____ en qualité d'avocate d'office.

3. Met à la charge de la recourante les frais de procédure par 660 francs, montant supporté provisoirement par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 22 janvier 2026

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