

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1089/2026

ATAS/527/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juin 2026

Chambre 9

En la cause

A_____
représentée par Me Jean-Michel DUC, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1971, a été engagée en qualité de vendeuse par B_____ (ci-après : l'employeur), sis à Genève, à 100% dès le 1^{er} mai 2018.

b. L'assurée a été en incapacité totale de travail à compter du 25 octobre 2024 (certificats médicaux du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée et du docteur D_____, psychiatre FMH).

c. Par rapport du 25 décembre 2024, le Dr C_____ a relevé que l'assurée souffrait de dépression et de troubles anxieux dans le contexte professionnel.

d. Le 28 janvier 2025, les docteurs E_____ et F_____ du Centre d'Expertises Médicales (ci-après : CEMed) ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire, sur mandat de l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assurée.

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité, dès le jour de l'expertise.

L'assurée présentait une maladie de Basedow avec une hyperthyroïdie découverte au mois de février 2023. Ils ont constaté une fatigue, une nervosité, un prurit avec exanthème, des tremblements et des palpitations. Une légère exophtalmie de l'œil gauche était également constatée. Un traitement par Néo-Mercazole était introduit, permettant progressivement de constater une amélioration autant de la symptomatologie clinique que de la biologie, toutefois sans rémission. En raison d'un pronostic de rémission réservé et d'un mal vécu de la situation autant sur le plan personnel que professionnel, il était décidé de procéder à une intervention chirurgicale au niveau de la thyroïde. Cette thyroïdectomie totale avait été effectuée le 6 mars 2024. Un traitement par hormones thyroïdiennes était alors introduit. Depuis lors, afin d'avoir le meilleur dosage possible pour le traitement nécessaire, un bilan sanguin était régulièrement réalisé. La maladie de Basedow n'était pas incapacitante sur le long terme. Tout au plus, elle pouvait être responsable d'arrêts de travail de courte durée. L'assurée se plaignait également d'une importante fatigue, mais celle-ci était une sensation subjective, aucun caractère objectif n'ayant pu être mis en évidence lors de l'évaluation. Il n'y avait pas eu de bâillement ni d'attaque de paupières et l'assurée avait pu garder le focus pendant toute la durée sans perte de vigilance. Le score de l'échelle de somnolence était à la limite pour un déficit de sommeil.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, évoluant depuis octobre 2024 survenu dans les suites de difficultés professionnelles et de santé, en rémission partielle, avec persistance de manifestations anxieuses légères non incapacitantes. La Dre F_____ ne retrouvait pas de limitations fonctionnelles psychiques

significatives, l'assurée ayant montré de bonnes capacités de communication, d'adaptation au cadre expertal, de gestion de la relation interpersonnelle.

B. a. Le 5 mai 2025, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

b. Par rapport du 25 mai 2025, le Dr D_____, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), associé à un trouble anxieux généralisé (F41.1), établi sur la base d'un suivi psychiatrique hebdomadaire strict et d'une évaluation clinique approfondie. La psychopathologie de la patiente confirmait la gravité de son état mental et justifiait l'arrêt de travail prolongé prescrit. Le syndrome dépressif sévère se manifestait par une humeur dépressive persistante, une anhédonie profonde, une fatigue invalidante, un ralentissement psychomoteur, ainsi que des idées récurrentes de mort. Ces symptômes, observés régulièrement lors des séances hebdomadaires, impactaient significativement ses capacités cognitives, émotionnelles et sociales. Sur le plan anxieux, l'anxiété généralisée se traduisait par une inquiétude excessive, une hypervigilance et des troubles du sommeil, une tension musculaire importante et des difficultés attentionnelles majeures. Cette anxiété exacerbait la dépression, entraînant une fatigue accrue et un besoin fréquent de repos diurne. La combinaison de ces troubles générait une altération significative du fonctionnement global de la patiente, ce qui justifiait pleinement l'arrêt de travail à plein temps. Son traitement pharmacologique, composé de sertraline à 200 mg par jour, de trazodone à 50 mg par jour et d'alprazolam à raison de 1 mg trois fois par jour, témoignait de la sévérité et de la complexité du tableau clinique. Ce protocole thérapeutique intensif soulignait l'importance d'un contrôle symptomatique strict et d'une prise en charge adaptée, sans laquelle les symptômes persisteraient ou s'aggraveraient compromettant gravement ses capacités fonctionnelles. Par ailleurs, il était important de prendre en considération le contexte culturel de la patiente, originaire des Philippines. Dans la culture asiatique, le maintien de « ta face », c'est-à-dire la préservation de la dignité et de ta réputation sociale, était une valeur fondamentale. Cette particularité culturelle amenait souvent les patients à masquer leur souffrance psychique, à minimiser leurs symptômes émotionnels et à éviter d'exposer leur détresse publiquement par crainte de stigmatisation ou de jugement. En conséquence, la patiente avait privilégié l'isolement social et le retrait à domicile, limitant ses sorties de peur d'être observée ou « surveillée » par son entourage. Ce comportement constituait une stratégie d'adaptation culturelle importante, traduisant une protection psychologique face à son anxiété et à sa dépression. Cette dimension culturelle expliquait également pourquoi certains symptômes pouvaient passer inaperçus ou être sous-estimés en dehors d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier. Le lien thérapeutique solide établi lors des entretiens hebdomadaires avait permis de recueillir une expression authentique de sa souffrance, souvent dissimulée auprès de son entourage, de ses

collègues ou des médecins qui ne la suivaient pas de manière continue. Cette alliance thérapeutique était donc cruciale pour une évaluation précise et une prise en charge optimale.

L'ensemble de ces éléments – gravité des troubles dépressifs et anxieux, traitement pharmacologique intensif, et particularités culturelles – justifiait pleinement l'arrêt de travail prolongé. Il était essentiel de respecter ce temps de convalescence pour permettre une stabilisation clinique, éviter une rechute symptomatique et envisager progressivement une réinsertion professionnelle adaptée aux besoins spécifiques de la patiente.

c. Par avis du 25 juillet 2025, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), en rémission partielle, avec persistance de manifestations anxieuses légères non incapacitantes et une fatigue dans un contexte de thyroïdectomie effectuée le 6 mars 2024 pour la maladie de Basedow. Le SMR proposait une instruction médicale complémentaire.

d. Par rapport médical AI du 13 août 2025, la docteure G_____ a attesté d'une rémission de la maladie de Basedow avec arrêt du suivi en avril 2024.

e. Par certificat du 20 août 2025, le Dr D_____ a retenu que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre l'activité de vendeuse avec une charge émotionnelle et les interactions fréquentes avec la clientèle car ils aggravaient son état mental. Il préconisait un changement de métier vers une activité à faible exigence émotionnelle et cognitive pour favoriser son rétablissement psychologique.

f. Par communication du 13 octobre 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible en raison de son état de santé.

g. Par rapport médical AI du 14 décembre 2025, le Dr D_____ a rapporté une évolution favorable. L'assurée n'avait plus de limitations fonctionnelles et était en reprise à 50% à l'assurance-chômage depuis le 13 mars 2025 et à 100% depuis le 3 décembre 2025.

h. Par avis du 28 janvier 2026, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100% du 25 octobre 2024 au 12 mars 2025, puis une capacité de travail de 50% dès le 13 mars 2025, et de 100% dès le 3 décembre 2025.

À l'examen des pièces au dossier, elle présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un trouble anxieux généralisé d'évolution favorable. La description du psychiatre traitant paraissait plus cohérente par rapport aux activités de la vie quotidienne, telles que décrites dans l'expertise bi-disciplinaire du CEMed.

i. Par projet de décision du 3 février 2026, annulant et remplaçant un projet du 30 janvier 2026, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

À la suite d'une bonne évolution médicale, l'assurée avait pu recouvrer une capacité de travail de 50% dès le 13 mars 2025 et de 100% dès le 3 décembre 2025. À l'échéance du délai d'attente en octobre 2025, elle présentait une aptitude à la réadaptation, si bien que le droit à la rente ne pouvait s'ouvrir. D'éventuelles mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

j. Le 25 février 2026, l'assurée a contesté ce projet de décision. À l'issue du délai d'attente, elle présentait une incapacité de travail de 50%. Dès lors que l'activité adaptée se confondait avec l'activité habituelle, le degré d'invalidité pouvait être fixé à 50% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente s'éteignant trois mois après que l'assuré ait retrouvé sa pleine capacité de travail, elle était en droit de percevoir une rente jusqu'au mois de mars 2026.

k. Par décision du 5 mars 2026, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Elle ne faisait valoir aucun argument susceptible de l'amener à revoir son évaluation relative à son aptitude à la réadaptation à l'issue du délai de carence.

- C. a.** Par acte du 23 mars 2026, l'assurée a formé recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% du 1^{er} novembre 2025 au 31 mars 2026.

Par communication du 13 octobre 2025, l'OAI avait refusé la mise en œuvre de mesures de réadaptation en prétextant que son état de santé ne le permettait pas. Il ne pouvait donc pas se prévaloir, *a posteriori*, d'une aptitude à la réadaptation pour nier le droit à une rente d'invalidité. Un tel raisonnement conduisait à exclure systématiquement l'octroi d'une rente d'invalidité pour des périodes rétroactives en cas d'invalidité partielle. Dès lors qu'à l'issue du délai d'attente, sa capacité de travail n'était que de 50%, l'OAI aurait dû procéder au calcul de son degré d'invalidité. L'activité adaptée aux limitations fonctionnelles se confondant avec l'activité habituelle, le degré d'invalidité était d'au moins 50% sans prise en compte d'un abattement. Son droit à la rente ne s'éteignait pas avant le 31 mars 2026.

b. Par réponse du 21 avril 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Les mesures de réadaptation avaient la priorité sur la rente. Dans la mesure où la recourante était apte à la réadaptation, au vu de sa capacité résiduelle présente depuis le 13 mars 2025, le droit à la rente n'était pas ouvert.

c. Par réplique du 7 mai 2026, l'assurée a rappelé que, par communication du 13 octobre 2025, l'OAI avait refusé la mise en œuvre de mesures de réadaptation en raison de son état de santé. Il n'était donc pas admissible de refuser le droit à la rente au motif qu'elle était apte à la réadaptation. Sa situation était similaire à celle à l'origine de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_652/2024 du 28 juillet 2025. L'OAI aurait dû lui octroyer une rente d'invalidité rétroactive et ne pouvait lui opposer le principe de primauté des mesures professionnelles qu'il avait lui-même refusé de mettre en œuvre.

d. Cette écriture a été transmise à l'OAI.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2025 au 31 mars 2026.

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

2.2 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).

2.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant

l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 348 consid. 3.4).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont calculés sur la même base, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral I.43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 ; cf. ATF 126 V 78 consid. 5 portant sur l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidité).

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

Selon la jurisprudence, si la capacité de gain d'une personne assurée peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, le principe de la "priorité de la réadaptation sur la rente" s'applique (cf. art. 28 al. 1 let. a LAI). Ce n'est que lorsqu'aucune mesure appropriée n'est (plus) envisageable qu'un droit à une rente peut être accordé ; dans le cas contraire, des mesures de réadaptation appropriées doivent être ordonnées au préalable. 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. Selon la conception légale, une rente ne peut être octroyée avant la mise en œuvre de mesures de réadaptation (le cas échéant également avec effet rétroactif) que si la personne assurée n'était pas - ou pas encore - apte à être réadaptée en raison de son état de santé. Le droit à une rente ne peut en principe naître qu'après la fin des mesures de réadaptation même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué. Il en va autrement après que des mesures d'instruction visant à déterminer si la personne assurée peut être réadaptée révèlent qu'elle ne l'est pas ; dans ce cas, une rente peut être octroyée rétroactivement (ATF 151 V 194 consid. 5.1.2 ; 148 V 397 consid. 6.2.4 et les références ; 121 V 190 consid. 4).

Dans un arrêt 8C_652/2024 du 28 juillet 2025, le Tribunal fédéral a retenu que l'OAI ne pouvait pas se prévaloir du principe selon lequel la réadaptation prime la rente pour nier la naissance du droit à la rente à une époque où lui-même avait exclu d'ordonner des mesures de réadaptation. Le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente n'excluait pas la possibilité d'octroyer une rente rétroactivement (consid. 4.4.1).

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

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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) (arrêt du Tribunal fédéral 8C 51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain 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. 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.

Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En principe, un délai d'attente de trois mois doit être pris en compte lors d'une amélioration de la capacité de gain. Exceptionnellement, il peut être renoncé au délai d'attente de trois mois lorsqu'une amélioration était attendue depuis longtemps déjà (arrêt du Tribunal fédéral 8C_285/2020 du 15 septembre 2020 consid. 5.1 et les références). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

2.6 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 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 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 126 V 319 consid. 5a).

3. En l'occurrence, l'OAI a retenu que la recourante était en incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 25 octobre 2024, puis à 50% dès le 13 mars 2025, tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, et cela jusqu'au 3 décembre 2025, date à laquelle elle a recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité. Le délai d'attente d'une année est donc arrivé à échéance le 25 octobre 2025. L'OAI a toutefois refusé le droit à des prestations, au motif qu'elle présentait une aptitude à la réadaptation en octobre 2025.

Or, ainsi que le fait valoir la recourante, celle-ci a été informée par communication de l'OAI du 13 octobre 2025 qu'aucune mesure de réadaptation n'était indiquée en raison de son état de santé. Conformément à la jurisprudence précitée, l'OAI ne saurait se prévaloir du principe selon lequel la réadaptation prime la rente pour nier la naissance du droit à la rente à une époque où lui-même avait exclu d'ordonner des mesures de réadaptation. Il ne ressort au demeurant pas du dossier que la capacité résiduelle de travail retenue par le corps médical ne pouvait être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation. D'ailleurs, si des mesures de réadaptation avaient été sérieusement envisageables à l'époque, il aurait appartenu à l'OAI de compléter l'instruction en vue de déterminer quelles mesures étaient adéquates et de les mettre en œuvre sans tarder, ce qu'il n'a pas fait.

C'est partant à tort que l'autorité intimée a retenu, *a posteriori*, que la recourante était apte à la réadaptation.

Pour le reste, la recourante ne conteste pas l'appréciation de l'OAI selon laquelle elle présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité du 13 mars au 3 décembre 2025. La recourante étant apte à exercer à 50% son ancienne activité, le degré de l'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Vu la demande de prestations formée le 5 mai 2025, le droit à la rente d'invalidité naît six mois plus tard, soit le 1^{er} novembre 2025 (art. 29 al. 1 LAI).

Reste à savoir s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois en application de l'art. 88a RAI.

Il n'est pas contesté que la recourante a recouvré sa capacité de travail le 3 décembre 2025. Sur la base des pièces au dossier, on ne saurait retenir qu'une amélioration était attendue depuis longtemps déjà. Il ressort en effet du rapport médical de son médecin traitant du 25 mai 2025 que la situation de la recourante était évolutive et qu'il était, à l'époque, essentiel de respecter le temps de convalescence pour éviter une rechute et envisager une réinsertion professionnelle. L'assurée suivait un protocole thérapeutique intensif, sans lequel les symptômes pouvaient persister, voire s'aggraver, compromettant gravement ses capacités fonctionnelles. On ne se trouve donc pas dans la situation dans laquelle il peut être exceptionnellement renoncé au délai d'attente de trois mois.

Ainsi, en tenant compte d'une période d'amélioration de trois mois, le droit à la rente prend fin le 31 mars 2026.

4. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

Il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2025 au 31 mars 2026.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. L'admet.

Au fond :

2. Annule la décision du 5 mars 2026.
3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2025 au 31 mars 2026.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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