

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1416/2024

ATAS/49/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 janvier 2025**

**Chambre 10**

En la cause

**Madame A\_\_\_\_\_**,

recourante

Représentée par Me Jean-Michel DUC

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs.**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1974, originaire du Kosovo, mariée et mère de trois enfants nés en 1994, 1996 et 2000, est arrivée en Suisse en 1999. Sans formation, elle a travaillé dans le secteur du nettoyage à temps partiel du 18 décembre 2006 au 31 mars 2007 et du 1<sup>er</sup> février 2010 au 31 juillet 2011, puis a effectué un stage dans un restaurant scolaire du 29 août 2016 au 29 juin 2018.
- b.** Selon son extrait de compte individuel, elle a été inscrite comme personne sans activité lucrative à partir de 2005 et a réalisé des revenus durant les années 2007, (CHF 3'501.- pour les mois de janvier à mars), 2008 (CHF 1'470.- en décembre), 2009 (CHF 12'056.-), 2010 (CHF 16'034.-) et 2011 (CHF 2'711.-).
- c.** Le 21 décembre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- d.** Par rapport du 7 avril 2022, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assurée présentait des cervicalgies non-déficitaires bilatérales depuis 2004. Les douleurs étaient permanentes et en aggravation progressive, avec une irradiation au niveau dorsal et dans le bras droit, puis tout récemment dans le bras gauche. Elles étaient surtout diurnes, mais pouvaient perturber le sommeil selon la position, et limitaient les activités quotidiennes, sans perte de sensibilité ni de force, hormis en raison des douleurs. L'intensité de la douleur maximale était évaluée à 9/10 et la minimale à 5/10. Depuis le troisième trimestre de l'année 2020, l'assurée présentait également une douleur de l'épaule droite survenue suite à une mobilisation brusque, devenue rapidement invalidante, qui l'empêchait de faire les activités comme le ménage et le travail et perturbait le sommeil. Les douleurs étaient déclenchées par la mobilisation, même légère, et s'installaient pour plusieurs heures, avec une impotence fonctionnelle. La douleur irradiait dans tout le bras et potentialisait les cervicalgies, avec une intensité maximale à 10/10 et minimale à 3/10. Une échographie avait révélé une enthésopathie fissuraire interstitielle du muscle sous-scapulaire, avec une microcalcification de son enthèse en faveur d'un dépôt d'hydroxyapatite, une enthésopathie du supra-épineux et une bursite de la bourse sous-acromio-deltoïdienne. La patiente avait été prise en charge par une équipe multidisciplinaire de la douleur et avait récemment bénéficié d'un bilan rhumatologique, lequel avait mis en évidence une tendinopathie du sous-scapulaire et une bursite antérolatérale localisée significative, pour lesquelles elle était actuellement prise en charge. En l'état, la patiente ne pouvait exercer aucune activité professionnelle ou physique en raison de la limitation fonctionnelle des membres supérieurs par la douleur au moindre mouvement, ni intellectuelle en raison de la répercussion psychique importante de ces douleurs. Une durée

minimale de traitement de douze mois était classiquement observée dans ces pathologies.

**e.** Le 1<sup>er</sup> février 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que le suivi avait été repris par le docteur C\_\_\_\_\_ au service de médecine de premier recours.

**f.** Dans un rapport du 14 avril 2023, la docteure D\_\_\_\_\_ et le docteur E\_\_\_\_\_, médecins cheffe et chef de clinique au service de médecine de premier recours des HUG, ont fait suite à une consultation de médecine manuelle du jour même. Les « problèmes » de la patiente comprenaient des cervicobrachialgies chroniques bilatérales d'origine multifactorielle, un état dépressif, un facteur de risque cardiovasculaire et un problème social. À la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale réalisée le 26 août 2021 et d'une consultation de neurochirurgie, aucune prise en charge neurochirurgicale n'avait été retenue. Un ultrason de l'épaule du 5 octobre 2021 avait conclu à une enthésopathie fissuraire du muscle sous-scapulaire, à des enthésopathies calcifiées et à une bursite de la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Une consultation spécialisée conjointe de rhumatologie complétée d'une échographie de la coiffe des rotateurs en mars 2022 avait permis de conclure à une tendinopathie du sous-scapulaire et à une bursite antérolatérale significative du côté droit. L'assurée avait bénéficié d'une infiltration cortisonique et rapidocaïne le 6 avril 2022. À la suite d'une consultation à la douleur en février 2022, un soutien psychothérapeutique avait été proposé. Les plaintes actuelles consistaient en une nucalgie bilatérale irradiant dans les deux trapèzes, le dos jusqu'à la jonction thoraco-lombaire et les deux bras jusqu'aux avant-bras avec des tuméfactions des deux mains le matin et une raideur matinale d'environ une heure, des omalgies bilatérales très invalidantes l'empêchant de faire le ménage, le mouvement le plus difficile et douloureux étant de lever des objets pour les poser sur des étagères. À l'examen physique, la mobilisation de l'épaule était limitée à 90° en flexion et abduction en raison de la douleur, l'extension à environ 30°, les tests de « Jobbe » « Lift-off » étaient douloureux. Avaient également été constatés, des deux côtés, un signe de conflit acromio-claviculaire, un « TP » des muscles petit et grand pectoraux, du subscapulaire et du grand rond, ainsi que du petit rond à droite et du trapèze à gauche. La thérapie manuelle avait permis un relâchement musculaire du grand pectoral droit et partiellement gauche, et un *dry needling* avait entraîné une amélioration musculaire et de la mobilité. Des séances de physiothérapie étaient prescrites à but analgésique et anti-inflammatoire, afin d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire, la proprioception et la coordination.

**g.** Selon le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 26 août 2021, cet examen avait conclu à des discopathies débutantes avec un discret bombement discal C4-CS, CS-C6, C6-C7 et C7-D1, sans rétrécissement foraminaux ni canalaire.

**h.** Par rapport du 16 avril 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était suivie au service de médecine de premier recours depuis le mois d'août 2021, tous les trois mois en moyenne. L'incapacité de travail était de 100% depuis le

1<sup>er</sup> octobre 2020. Il a rappelé les constatations objectives et les résultats de l'IRM de 2021 et indiqué que la médication actuelle comprenait du Cymbalta 60 mg (1 fois par jour), du Lyrica 75 mg (une fois par jour) et du Paracétamol 1 g (quatre fois par jour en cas de besoin). Le traitement comprenait en outre de la physiothérapie et de la médecine manuelle. L'évolution était stationnaire et la patiente ne pouvait pas du tout exercer son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles comprenaient tout effort physique et toute activité répétitive. Une activité professionnelle compatible avec les limitations fonctionnelles pouvait être exercée à 100%. À la question de savoir si la patiente était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères, il a répondu « complètement limité ». Le pronostic était bon « après adaptation professionnelle et prise en charge médecine manuelle ».

**i.** Par avis du 30 mai 2023, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a retenu les diagnostics de cervicobrachialgies bilatérales sur des discopathies cervicales débutantes à titre d'atteinte principale, et de tendinopathie de l'épaule droite, à titre d'« autres atteintes ». Le début de l'incapacité de travail durable à 100% dans l'activité habituelle de nettoyeuse remontait au 1<sup>er</sup> octobre 2020. Dans une activité adaptée respectant les mesures d'épargne, la capacité de travail était entière dès le 16 avril 2023. À titre de limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter les efforts physiques (manutention, port de charges de plus de 10 kg occasionnel et 5 kg à répétition) et les activités répétitives mobilisant les épaules et la nuque, les épaules au-delà de l'horizontale de façon prolongée.

**j.** Le 28 août 2023, l'assurée a répondu au questionnaire concernant son statut. Elle a indiqué avoir travaillé à 50% comme nettoyeuse et avoir occupé une activité bénévole aux cuisines scolaires à 40%. Elle vivait avec son époux, qui était à l'assurance-invalidité, et son fils de 27 ans, au chômage. À la question de savoir si elle avait envisagé de réduire ou d'augmenter son taux d'activité, elle a répondu par la négative. Elle a répondu que sa situation familiale était différente depuis le début de son atteinte à la santé, car elle n'arrivait plus à s'occuper de tout le monde et de la maison, et sa situation financière avait également été modifiée depuis plusieurs mois, avec « plus de factures des médecins ».

**k.** L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée au domicile de l'assurée, en présence de son époux et de son avocat. Le rapport y relatif, établi le 20 novembre 2023 par le service des évaluations de l'OAI, précise que la traduction était assurée par le mari de l'assurée, cette dernière ne parlant pas le français. Après avoir rappelé les conclusions du SMR, les enquêtrices ont interrogé l'assurée sur le déroulement d'une journée type, sur ses activités professionnelles, ainsi que sur ses intentions sans atteinte à la santé. Elles ont indiqué que l'intéressée vivait avec son époux, bénéficiaire d'une rente d'invalidité depuis 2017 pour des troubles psychiques, lequel se plaignait de douleurs aux hanches, de vertiges et de difficultés à la marche, et leur fils qui était

revenu suite à sa séparation et qui travaillait à 50% sur appel en tant que coiffeur. Les enquêtrices ont retenu que pour cette constitution familiale, le nombre d'heures par semaine pour la tenue du ménage était de « 23.24 h », et que les pondérations et empêchements sans aide exigible de la famille s'élevaient à 41%, respectivement 9%, pour le poste alimentation, 24% et 33% pour l'entretien du logement ou de la maison, 10% et 23% pour les achats, courses diverses et tâches administratives, 15% et 38% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 9% et 0% pour les soins et assistance aux enfants et aux proches, et 0% et 0% pour le soin du jardin et de l'extérieur de la maison, ou la garde des animaux domestiques. Il en résultait un empêchement total de 19.5% avant l'obligation de réduire le dommage, correspondant à « 04.34 h ». Compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille, ces empêchements ont tous été évalués à 0%. L'invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères était ainsi de 0%. Les enquêtrices ont considéré que les déclarations de l'assurée n'étaient pas conformes aux limitations fonctionnelles retenues. Sous particularités, elles ont indiqué que la fille du couple, mère de deux enfants de 4 et 2 ans, se rendait chez ses parents tous les mercredis, ou à défaut le weekend, pour faire les différentes tâches. Elle travaillait précédemment à 100% et était depuis quelques mois au chômage. Elle habitait dans le quartier. Enfin, le troisième enfant du couple travaillait à 100%.

**l.** Dans une note du 7 décembre 2023 relative au statut, l'OAI a constaté que les premières douleurs cervicales dataient de 2004 et que l'assurée avait commencé à travailler ultérieurement, ce qui s'expliquait probablement par l'indépendance des enfants. L'absence d'activité entre 2011 et 2016 était inexplicée, mais le stage bénévole attestait d'une volonté de déployer une activité. Compte tenu des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles, il était retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée aurait souhaité maintenir une activité à temps partiel en parallèle à son activité ménagère, avec des parts égales de 50%.

**m.** Le 20 décembre 2023, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle en se référant aux données statistiques. Après comparaison des revenus annuels avec invalidité (CHF 54'222.-) et sans invalidité (CHF 49'866.-), aucune perte de gain ne pouvait être retenue.

- B. a.** Le 9 janvier 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 juillet 2023. Il a retenu qu'elle consacrait 50% à son activité professionnelle et 50% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'incapacité de travail avait été totale dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2022, étant rappelé qu'elle avait tardivement déposé sa demande de prestations. La capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée dès le 16 avril 2023. La comparaison des revenus avec et sans invalidité ne révélait aucune perte de gain et l'enquête à domicile avait conclu à l'absence de tout empêchement dans la sphère ménagère. Ainsi, l'invalidité était

nulle aux niveaux professionnel et ménager, de sorte que la rente était supprimée dès le 1<sup>er</sup> août 2023. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

**b.** Par courrier du 9 février 2024, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a estimé qu'il convenait de lui reconnaître un statut d'active à 100% et considéré que le Dr C\_\_\_\_\_ n'était pas apte à se prononcer de façon probante sur sa capacité de travail. Elle a sollicité l'octroi d'un délai de 30 jours pour produire un rapport d'expertise privée.

**c.** Le 12 février 2024, l'OAI a informé l'assurée que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours lui serait envoyée.

**d.** Le même jour, il lui a adressé une seconde lettre, l'informant que les éléments apportés n'étaient pas suffisants pour modifier ses conclusions. Il lui a imparti un délai au 29 février 2024 pour produire le rapport d'expertise mentionné dans sa contestation du 9 février 2024.

**e.** Par courrier du 20 février 2024, l'assurée a invoqué une violation de son droit d'être entendue et de ses droits de procédure.

**f.** Le 22 février 2024, l'OAI lui a répondu qu'il lui accordait un délai pour produire le rapport d'expertise privée au 9 mars 2024, et non pas au 29 février 2024, comme mentionné par erreur dans sa précédente missive.

**g.** Par courrier du 8 mars 2024, l'intéressée a sollicité une prolongation de 30 jours du délai, au motif qu'elle demeurait dans l'attente du rapport d'expertise.

**h.** Par décision du 12 mars 2024, l'OAI a repris les termes de son projet de décision et accordé à l'assurée une rente d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 juillet 2023. L'assurée n'avait produit aucun élément nouveau dans le délai imparti.

- C.** **a.** Par acte du 26 avril 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu sous suite de frais et dépens, préliminairement à ce qu'elle soit mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2022 sans limitation dans le temps, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a en outre sollicité la mise en œuvre de débats publics, respectivement d'une audience publique.

La recourante a fait grief à l'intimé d'avoir violé son devoir d'instruction, soutenant que la décision reposait quasiment exclusivement sur le rapport, succinct et lacunaire, établi le 16 avril 2023 par le Dr C\_\_\_\_\_, jeune médecin assistant inexpérimenté. L'appréciation du médecin du SMR était à l'évidence également dénuée de valeur probante et l'intimé aurait dû solliciter l'avis d'un spécialiste en orthopédie.

Elle a également invoqué une violation de son droit d'être entendue. Compte tenu des graves manquements dans l'instruction de son dossier, elle avait été contrainte de faire appel à un spécialiste en orthopédie. L'intimé avait mis abruptement fin à la procédure d'audition alors qu'elle avait sollicité la prolongation du délai pour produire son rapport d'expertise qui était en cours, étant relevé que l'échéance initialement fixée était trop courte et qu'une expertise médicale nécessitait plusieurs mois, voire parfois des années. Elle avait été indûment privée du droit de produire un rapport d'expertise par-devant l'intimé et elle sollicitait qu'un délai de trois mois lui soit accordé pour l'obtention d'un tel rapport.

Sur le fond, un statut d'active à 100% aurait dû être retenu, étant relevé qu'elle avait très clairement fait comprendre à l'enquêtrice qu'elle aurait travaillé à temps complet sans atteinte à la santé et que son taux d'activité réduit dans le passé était justifié par l'âge des enfants et l'état de santé de son époux, lui-même gravement atteint dans sa santé.

Le rapport d'enquête ménagère n'indiquait pas les heures dévolues à chaque activité et ne lui permettait ainsi pas d'identifier si la pondération du champ d'activité correspondait réellement au temps qu'elle allouait ou ne pouvait allouer à chaque tâche. En outre, le nombre d'heures d'absence du domicile des autres membres de la famille n'était pas mentionné afin de quantifier le temps dévolu aux activités ménagères mises à leur charge. Le rapport ne lui permettant pas de se déterminer, une nouvelle enquête devrait être ordonnée. En outre, cette enquête n'avait pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles réelles, dans la mesure où le dossier médical n'avait pas été instruit à satisfaction. Compte tenu de l'aggravation progressive des douleurs mises en exergue par le Dr B\_\_\_\_\_, il paraissait peu vraisemblable que sa situation se soit améliorée au point qu'on ne puisse plus considérer ses atteintes comme invalidantes. L'enquêtrice n'avait fait aucune mention du rapport du Dr B\_\_\_\_\_, ni du traitement médical suivi, et n'avait pas tenu compte de l'apport de sa propre aide exigible en faveur de son époux. Le rapport d'enquête était ainsi dénué de valeur probante.

L'intimé aurait dû tenir compte d'une incapacité totale de travail. En outre, il était incompréhensible qu'il ait calculé son revenu avec invalidité sans tenir compte d'un abattement, au vu de ses importantes limitations fonctionnelles, étant ajouté qu'elle ne parlait pas le français.

**b.** Le 29 avril 2024, la chambre de céans a transmis la demande d'assistance juridique au greffe compétent.

**c.** Dans sa réponse du 18 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'avis du SMR du 30 mai 2024 se fondait sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier. La recourante avait travaillé au taux maximum de 50%, même lorsque ses enfants étaient scolarisés et avaient un âge compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à temps complet. Aucun élément objectif ne venait corroborer ses déclarations quant à une modification du statut, étant rappelé que, dans le

questionnaire, elle avait précisé ne pas avoir envisagé d'augmenter son taux ni effectué des démarches dans ce sens. Elle avait en outre déclaré lors de l'enquête qu'elle avait voulu mettre à profit une capacité de gain à temps partiel par choix personnel pour s'occuper de son mari. Aucun changement de sa situation personnelle ou financière n'était survenu pouvant justifier une modification du taux de travail et les montants figurant dans les extraits de compte individuel ne correspondaient pas à une activité professionnelle à 100%. L'enquête ménagère reposait dans une large mesure sur les comportements et les déclarations de l'intéressée et tenait compte de l'ensemble des éléments médicaux du dossier. Une pleine valeur probante pouvait être attribuée au rapport d'enquête.

**d.** Par décision du 12 juillet 2024, la requête d'assistance juridique de la recourante a été rejetée.

**e.** Dans sa réplique du 30 août 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions antérieures et requis que les frais relatifs au rapport médical qu'elle avait sollicité soient intégralement mis à la charge de l'intimé.

Elle a produit un rapport du 12 août 2024 du professeur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin a rapporté les plaintes de l'intéressée et résumé l'anamnèse sociale, le parcours professionnel, les antécédents médicaux, les habitudes et une journée type, avant de résumer les pièces du dossier. Il a retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, des cervicobrachialgies bilatérales sur une cervicarthrose débutante avec une discopathie circonférentielle C4-C5, C5-C6 et pincement discal C7-D1, une dessiccation discale et un débord discal circonférentiel avec prolongement et avec protrusion discale foraminale droite au contact de la racine C8 droite, une tendinopathie de l'épaule droite des tendons subscapulaire, susépineux, sousépineux avec anomalie en zone d'insertion sur le *footprint* de la jonction des tendons subscapulaire et susépineux sans caractère transfixiant, un anté-listhésis L5-S1 de grade I léger débutant sur double lyse isthmique L5 majorant un débord discal circonférentiel à cet étage à prolongement foraminal au contact des deux racines L5. Les raideurs douloureuses trouvées aux épaules, à la nuque et au rachis lombaire étaient en adéquation avec le substrat organique mis en évidence par l'imagerie. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'intéressée devait éviter les efforts physiques (manutention, port de charges de plus de 5 kg à répétition), les activités répétitives mobilisant les épaules et la nuque, les épaules au-delà de l'horizontale de façon prolongée, les positions immobiles de nuque, le port de charge, les positions assises prolongées ou à genou ou en porte à faux. Ces restrictions avaient un effet évident sur le ménage et sur la tenue de la maison, l'intéressée ne pouvant pas porter des charges de plus de 3 kg et pas plus haut que la taille, elle était entravée pour les travaux lourds, et devait éviter les activités répétitives, tel que nettoyer des vitres, repasser, nettoyer, faire la lessive, la vaisselle, entretenir des surfaces, manier de la literie. La capacité de travail était nulle, quelle que soit l'activité. Invité à se déterminer sur l'appréciation du

Dr C\_\_\_\_\_, il a relevé que l'intéressée présentait des pathologies bien réelles et que l'évaluation en question était optimiste vu les difficultés du rachis et des deux épaules qui empêchaient l'accomplissement de toute activité lucrative. Les pathologies causaient des douleurs à la mobilisation, à la charge et aux efforts des membres supérieurs et de la nuque. De surcroît, l'intéressée n'avait jamais exercé une activité à 100%. Le passage d'une incapacité totale « depuis 2000 » à une capacité totale en 2024 en activité adaptée paraissait utopique dans la mesure où l'état était resté stationnaire sans qu'un changement ou une amélioration ne soient intervenus. Il a rappelé que la seule activité lucrative à la portée de l'intéressée était celle de nettoyeuse ou de femme de ménage. Son état physique avec des tendinoses au niveau de l'épaule, une arthrose cervicale débutante accompagnée d'hernies discales cervicales et un anté-listhésis lui interdisait ce type d'activité. Son pronostic était pessimiste par rapport à une reprise d'activité lucrative dans un domaine exigible.

La recourante a également transmis sa note d'honoraires du 12 août 2024 « pour rapport médical » s'élevant à CHF 400.-.

**f.** Le 24 septembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions, contestant en outre que les frais du rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ puissent être mis à sa charge.

Il a joint un rapport du 18 septembre 2024 du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a constaté que les diagnostics retenus et les limitations décrites par le Prof. G\_\_\_\_\_ étaient superposables aux indications contenues dans son rapport du 30 mai 2023, à l'exception du diagnostic supplémentaire d'anté-listhésis de grade 1 léger débutant retenu sur une IRM du 30 novembre 2023. Selon lui, ce spondylolisthésis L5-S1 de stade 1, probablement ancien, peu voire pas symptomatique, découvert fortuitement le 30 novembre 2023, ne remettait pas en cause la capacité de travail retenue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Ce rapport ne contenait pas d'éléments médicaux objectifs significatifs remettant en cause les conclusions du 30 mai 2023, mais faisait simplement une évaluation différente d'un même état clinique.

**g.** Dans des observations spontanées du 30 septembre 2024, la recourante a considéré que le rapport du Prof. G\_\_\_\_\_, qui s'était fondé sur ses propres constatations cliniques, jetait un important doute sur la fiabilité et la validité de l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_. L'intimé aurait dû admettre qu'il se justifiait de statuer sur la base de l'avis du Prof. G\_\_\_\_\_ ou de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise orthopédique. Elle a souligné que le Dr F\_\_\_\_\_ ne justifiait pas d'une spécialisation en orthopédie lui permettant de départager un débat dans ce domaine, étant encore observé que son affirmation selon laquelle il s'agissait simplement d'avis divergents était inconsistante. L'avis du Prof. G\_\_\_\_\_ était à l'évidence nécessaire à la résolution du litige, puisqu'il jetait un doute sur les conclusions de l'instruction. Ses frais devaient être intégralement mis à la charge de l'intimé.

## **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** 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.

**1.3** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**2.2** En l'occurrence, le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 12 mars 2024 par laquelle l'intimé a accordé à la recourante une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 juillet 2023, singulièrement sur la suppression de cette prestation à compter du 1<sup>er</sup> août 2023.

4. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'intimé d'avoir mis abruptement fin à la procédure d'audition et d'avoir rendu la décision litigieuse alors qu'elle avait sollicité la prolongation du trop bref délai accordé pour produire son rapport d'expertise qui était en cours.

**4.1** À teneur de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), les parties ont le droit d'être entendues.

En vertu de l'art. 57a LAI, l'office AI est tenu de communiquer à l'assuré un préavis au sujet de la décision finale qu'il entend prendre. L'assuré a le droit d'être entendu (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 2).

Selon l'art. 73<sup>er</sup> RAI, les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (al. 2).

**4.2** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence et la doctrine, le délai de l'art. 73<sup>er</sup> LAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3). Prolongé ou non, il doit être respecté par l'office AI. Ce dernier commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, notamment lorsqu'il statue sans tenir compte d'une demande de prolongation du délai présentée par l'assuré dans le délai de

trente jours, par exemple, afin qu'il puisse se faire conseiller par le représentant qu'il a désigné entre-temps (arrêts du Tribunal fédéral I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 et I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°8 *ad* art. 57a LAI).

**4.3** En l'occurrence, il ressort des faits de la cause que l'intimé a octroyé à la recourante un délai au 9 mars 2024 pour produire son rapport d'expertise. L'intéressée ne saurait reprocher à l'intimé la brièveté de ce délai, insuffisant selon elle pour obtenir un rapport d'expertise, dès lors qu'elle a elle-même sollicité, dans sa missive du 9 février 2024, que 30 jours lui soient accordés pour produire ce document. Par courrier expédié le vendredi 8 mars 2024 et enregistré par l'intimé le 11 mars 2024, la recourante a sollicité une prolongation du délai au motif qu'elle restait dans l'attente de ce rapport. Dès lors que la décision litigieuse est datée du 12 mars 2024 et indique que l'intéressée n'a produit aucun élément nouveau, on en déduit que son rédacteur n'avait alors pas encore pris connaissance de cette demande de prolongation, pourtant formée en temps utiles et bien reçue par l'intimé.

Cela étant, la recourante a pu faire valoir ses arguments et fournir toutes les informations pertinentes, en particulier un nouveau rapport médical, devant la chambre de céans, soit une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen.

Une éventuelle violation de son droit d'être entendue serait donc, en toute hypothèse, réparée par la présente procédure.

- 5.** En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations.

Conformément aux 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).

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).

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

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 subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

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. 88a 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).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 2.1).

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). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une

expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

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).

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

---

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).

9. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait un statut mixte comprenant des parts professionnelle et ménagère de 50% chacune. Il a retenu qu'elle avait été en totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2022 compte tenu du dépôt tardif de la demande, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 16 avril 2023. Il a conclu que l'invalidité était alors nulle aux niveaux professionnel et ménager, et a supprimé le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2023.

Cette appréciation est fondée, d'une part, sur le rapport d'enquête à domicile qui a conclu à l'absence de toute empêchement et, d'autre part, sur le rapport du 30 mai 2023 du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a estimé que la recourante était totalement incapable d'exercer son métier de nettoyeuse, mais qu'elle était complètement apte à travailler dans une fonction respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 16 avril 2023, soit la date à laquelle le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une activité adaptée était exigible à 100%.

La recourante considère qu'un statut d'active à 100% aurait dû lui être reconnu. Elle conteste en outre tant les conclusions de l'enquête ménagère que celles du SMR. Dans le cadre de la présente procédure, elle a produit un rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ afin d'étayer sa position, document qui ne précise pas si ce médecin a été consulté à titre d'expert privé ou de médecin-traitant.

**9.1** La chambre de céans observe d'emblée que le médecin-conseil de l'intimé a repris les appréciations des médecins-traitants, sans la moindre discussion. Il a ainsi retenu que le début de l'incapacité de travail durable remontait au

1<sup>er</sup> octobre 2020, conformément aux indications fournies par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 avril 2022, et que la recourante était apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100% dès le 16 avril 2023, comme estimé par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport rédigé à la date précitée.

Toutefois, force est de constater avec la recourante que ce rapport du 16 avril 2023 est laconique. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'a notamment pas posé de diagnostics précis, puisqu'il s'est contenté de rappeler les constatations de l'examen clinique de la Dre D\_\_\_\_\_ et du Dr E\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 avril 2023) et les conclusions de l'IRM de 2021. Les limitations fonctionnelles retenues sont imprécises, seul étant mentionné « effort physique, activité répétitive ». Le Dr C\_\_\_\_\_ a simplement répondu que la patiente était « complètement limité » pour l'accomplissements des tâches ménagères et apte à travailler à « 100% » dans une activité compatible avec ses limitations fonctionnelles, sans aucune argumentation venant étayer cette appréciation.

La chambre de céans relèvera également que de nombreux rapports cités dans les pièces du dossier de l'intimé n'ont pas du tout été sollicités, dont ceux relatifs à l'ultrason de l'épaule du 5 octobre 2021, à l'échographie de la coiffe des rotateurs de mars 2022, au bilan rhumatologique effectué aux HUG au printemps 2022 ou encore à la consultation de la douleur en février 2022 (cf. rapport du 14 avril 2023 de la Dre D\_\_\_\_\_ et du Dr E\_\_\_\_\_).

En outre, l'intimé n'a requis aucune information d'ordre médical entre l'avis du SMR du 30 mai 2023 et le prononcé de sa décision litigieuse du 12 mars 2024, soit pendant un intervalle d'environ dix mois. S'il l'avait fait, il aurait pu prendre connaissance du rapport d'IRM de la colonne cervico-dorso-lombo-sacrée du 30 novembre 2023 cité par le Prof. G\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, cet examen a notamment mis en exergue, outre les discopathies C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7-D1, une protrusion discale foraminale droite au contact de la racine C8 droite et un anté-listhésis L5-S1 de grade I léger débutant sur double lyse isthmique L5, majorant un débord discal circonférentiel à cet étage à prolongement foraminal au contact des deux racines. Or, ces troubles n'avaient pas été observés lors de la précédente IRM du 26 août 2021, de sorte que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2024, qui a affirmé que le spondylolisthésis était probablement ancien, ne saurait être suivie en l'absence de toute motivation.

Il sied également de relever que le Prof. G\_\_\_\_\_ a fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles admises par le SMR, puisqu'il a également mentionné les positions assises prolongées, à genoux ou en porte à faux, et contesté l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail résiduelle. Certes, il n'a pas non plus justifié ses conclusions à cet égard, ne faisant valoir aucune raison permettant de comprendre pourquoi la recourante serait empêchée d'exercer une activité professionnelle compatible avec les contre-indications retenues. Cela étant, son avis est corroboré par celui du Dr B\_\_\_\_\_, qui avait considéré que la recourante ne pouvait exercer aucune

activité professionnelle ou physique en raison de la limitation fonctionnelle des membres supérieurs due à la douleur au moindre mouvement, ni intellectuelle en raison de la répercussion psychique importante de ces douleurs (*cf.* rapport du 7 avril 2022). En outre, si la Dre D\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_ ne se sont pas déterminés sur la capacité de travail exigible, ils ont signalé des éléments propres à remettre en cause l'existence d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, telles que des tuméfactions des deux mains le matin et une raideur matinale d'environ une heure (*cf.* rapport du 14 avril 2023).

Partant, la chambre de céans ne peut que constater que la décision litigieuse ne repose pas sur une instruction médicale approfondie et que le rapport du 12 août 2024 du Prof. G\_\_\_\_\_, lequel fait état de nouvelles atteintes et conteste expressément l'appréciation de la capacité de travail retenue par le Dr C\_\_\_\_\_, jette un doute sur la fiabilité et la validité des conclusions du SMR.

**9.2** Dans ces circonstances, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical. Il lui incombera également de mettre en œuvre une nouvelle enquête ménagère qui tienne compte de l'ensemble des diagnostics retenus.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera avec la recourante que le rapport d'enquête du 20 novembre 2023 manque de clarté à plusieurs égards. En particulier, aucune explication n'est donnée concernant le nombre d'heures retenues pour la tenue du ménage pour « cette constitution familiale », ni l'exigibilité retenue pour chacun des membres de la famille pour chaque poste.

**9.3** La recourante a demandé la mise en œuvre de « débats publics », respectivement d'une audience publique.

Les garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst. en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (*cf.* ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

En l'occurrence, il ne se justifie pas d'entendre la recourante en audience publique, dès lors qu'elle n'a pas motivé sa demande, qu'elle a pu pleinement s'exprimer par écrit et que son audition n'est pas utile à la résolution du litige.

**9.4** Par ailleurs, la recourante a conclu à la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ du 12 août 2024.

Conformément à l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi,

en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; I 1008/06 du 24 avril 2007 consid. 3.1). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 ; 9C\_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2).

En l'espèce, le rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ a constitué un élément déterminant pour l'issue du litige, puisqu'il a permis de remettre en cause l'appréciation et les conclusions du médecin-conseil quant à la détermination de la capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il a révélé de nouvelles pathologies, dont le SMR n'avait pas connaissance.

- 10.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 12 mars 2024 annulée en tant qu'elle supprime le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2023. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit aux prestations dès cette date.

Les frais du rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ du 12 août 2024 de CHF 400.- seront mis à la charge de l'intimé (art. 45 al. 1 LPGA).

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 émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 mars 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met les frais du rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ du 12 août 2024 de CHF 400.-, selon la note d'honoraires du 12 août 2024, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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