

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1762/2024

ATAS/319/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mai 2025

Chambre 2

En la cause

A _____
représentée par Me Éric MAUGUÉ, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO,
juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Le 22 octobre 2010, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1975, alors mariée (depuis 1999), arrivée en Suisse en 2000 depuis un pays extra-européen, de nationalité suisse, ayant accompli la scolarité obligatoire dans son pays d'origine et suivi des cours de français auprès de l'Université ouvrière et exercé des emplois de vendeuse dans son pays d'origine entre 1991 et 1999 et des emplois en qualité d'agente de nettoyage en Suisse entre 2001 et 2009, et étant au chômage depuis novembre 2009, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une incapacité totale de travail dès le 23 juillet 2010 pour des douleurs au niveau lombaire ainsi que de l'épaule et des jambes, de même que pour une maladie cœliaque.
- b.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a reçu plusieurs rapports médicaux, notamment des services de neurologie et de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), de la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin généraliste traitante, et de la docteure C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale et rhumatologue traitante.
- c.** À la demande formulée le 6 juin 2010 par le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), une expertise en médecine interne a été réalisée par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui, dans son rapport d'expertise du 7 septembre 2011, a retenu uniquement des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit une fibromyalgie, des lombosciatalgies gauches chroniques non déficitaires, une maladie cœliaque sous régime sans gluten (2008), une valvulopathie sans répercussion fonctionnelle (août 2000) et un status après hypertension intracrânienne bénigne (2006), et a conclu à une absence d'incapacité de travail et de limitations fonctionnelles.
- d.** Dans le cadre d'un « examen clinique psychiatrique », le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, a eu un entretien le 11 janvier 2012 avec l'assurée et, dans son rapport du 14 février 2012, a conclu à une absence de diagnostics et d'incapacité de travail au plan psychiatrique, précisant que la fibromyalgie diagnostiquée par l'expert D_____ ne remplissait pas les critères de sévérité pour se voir reconnaître un caractère incapacitant.
- e.** L'intéressée n'a pas réagi au projet de décision du 7 mars 2012 ni à la décision du 2 mai 2012 par lesquelles l'OAI lui refusait les prestations de l'AI.
- B.** **a.** Dans une nouvelle demande de prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente, déposée le 4 décembre 2013, l'assurée a fait état de « dorsolombalgies » et de « céphalées mixtes chroniques/vertiges » existant depuis « 2003 et 2013 » et causant une incapacité de travail (sans précision de la date du début).

b. Le 19 février 2014, la Dre B_____ a posé les « diagnostics supplémentaires » de canal lombaire étroit, protrusion discale L3-L4 à droite et d'état dépressif. Le 21 août 2014, elle a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais elle n'a pas pu se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 26 juin 2014, la Dre C_____ a énoncé une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse depuis 2009, parce qu'en raison des lombosciatalgies gauches chroniques et des gonalgies bilatérales, la patiente était limitée dans les travaux lourds, les positions penchées en avant et accroupies ainsi que dans les ports de charges. En revanche, sa capacité de travail était de 100% dans une activité légère, plutôt en position assise, sans port de charges, sans travaux lourds, sans position penchée en avant, avec possibilité de changer régulièrement de position.

c. À la demande formulée le 1^{er} décembre 2014 par le SMR, une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, neurologie et psychiatrie a été réalisée par les docteurs F_____, rhumatologue, G_____, neurologue FMH, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) à Sion, qui, après avoir examiné l'intéressée le 8 mars 2016, respectivement le 9 mars 2016, ont établi leur rapport d'expertise le 12 avril 2016.

Dans leur appréciation commune, les experts se sont accordés à estimer que l'expertisée souffrait en premier lieu d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie qui n'était pas associé à des anomalies somatiques incapacitantes. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, et la capacité de travail exigible était complète, quelle que soit l'activité envisagée. Il n'y avait pas de proposition thérapeutique, la prise en charge médicale étant adéquate.

d. Un recours interjeté par le précédent conseil de l'intéressée contre une décision de refus de toutes prestations AI rendue le 16 juin 2016 par l'OAI a été rejeté par arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) du 17 octobre 2017 (ATAS/911/2017, dans la cause A/3667/2016), qui a retenu une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la CRR.

C. **a.** Le 8 avril 2019, l'assurée, qui était séparée depuis août 2018, a demandé des moyens auxiliaires de l'AI.

b. Par décision du 4 juin 2019 (confirmant un projet de décision du 10 avril 2019), l'OAI a refusé la prise en charge d'un matelas médicalisé, prestation qui ne figurait pas dans la liste des moyens auxiliaires ni ne pouvait être assimilée à une catégorie de moyens auxiliaires.

D. **a.** Le 18 juillet 2019, l'assurée, au bénéfice de prestations d'aide sociale de l'Hospice général depuis août 2018, a déposé une nouvelle demande de prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente, pour une incapacité de travail

totale depuis 2008, en raison de certaines pathologies déjà connues et de deux autres nouvelles à savoir un « asthme (octobre 2016) inaugural sévère » et une « allergie aux AINS [et au] paracétamol (novembre 2016) ».

b. Dans ce cadre, l'office a reçu des rapports des 8 avril, 21 juin, 26 août et 19 novembre, 17 décembre 2019 ainsi que 30 janvier 2020 de la docteure I_____, neurologue traitante à cette époque, concluant à des céphalées mixtes de tension et des migraines persistantes, dans un contexte de cervicalgies et de troubles de la vue.

Plusieurs rapports avaient été établis depuis octobre 2016 par les HUG. Le 3 novembre 2016, l'intéressée avait été admise à leurs urgences, et le diagnostic de crise d'asthme modérée avait été posé ; à ce sujet, la consultation d'immuno-allergologie des HUG avait diagnostiqué le 11 janvier 2019 un asthme perannuel avec exacerbation saisonnière sur hypersensibilité à l'olivier ainsi que probable intolérance aux AINS et au paracétamol. Le 23 avril 2019, l'assurée avait à nouveau été admise aux HUG pour une crise d'asthme aiguë sévère. En parallèle, les 14 et 15 novembre 2017, les HUG avaient fait état d'une péjoration d'une lombosciatalgie bilatérale, à prédominance droite, dans le contexte d'un canal lombaire étroit, étant à cet égard relevé que la radiologue FMH – indépendante – J_____ avait entre autres mentionné le 15 décembre 2016, à la suite d'une IRM de la colonne lombaire, une « lombalgie chronique péjorée ces derniers temps ». Dans un rapport du 24 janvier 2019, la consultation ambulatoire de la douleur des HUG avait, à la suite d'une consultation du 16 janvier 2019, posé les diagnostics de fibromyalgie, lombalgies communes et céphalées d'origine multifactorielle, les « antécédents et comorbidités pertinentes » étant un canal lombaire étroit, une discopathie dégénérative lombaire multiétagée, une bursite et déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule gauche, un asthme modéré, une « insuffisance mitrale post RAA asymptomatique », des palpitations, une « hypertension intracrânienne idiopathique depuis 2006 : pression ouverture élevée à 32 mmHg à la ponction lombaire », une maladie cœliaque depuis 2008 ; ladite consultation avait, comme traitements, proposé notamment l'essai d'un neurostimulateur transcutané (ci-après : TENS), vu la présence de mécanismes de sensibilisation centrale, de même que la poursuite d'une activité physique adaptée visant le maintien fonctionnel dans un cadre autonome. Le 10 avril 2019, la même consultation des HUG avait proposé la prolongation de l'utilisation du TENS, l'essai ayant été positif.

Dans un rapport du 25 septembre 2019, la Dre B_____ a fait une synthèse de la situation médicale de la patiente.

Dans un rapport du 4 février 2020, la Dre C_____ – qui avait auparavant établi le 14 septembre 2018 un bref rapport – a diagnostiqué des lombalgies et gonalgies chroniques, une tendinite d'Achille à droite et un syndrome douloureux chronique, et a retenu, au plan rhumatologique, une capacité de travail (inchangée depuis le rapport rempli en 2014) de 100% dans une activité légère, sans travaux

lourds, sans position debout prolongée mais plutôt en position assise, sans position penchée en avant et avec possibilité de changer de position.

c. Dans un questionnaire médical AI rempli le 11 février 2020, la Dre I_____ a, comme restrictions fonctionnelles découlant de l'atteinte à la santé, fait état d'une difficulté à se concentrer, d'un trouble de l'attention ainsi que d'une fatigue chronique. De l'avis de cette neurologue et du point de vue de sa spécialité, la patiente « pourrait reprendre une activité légère de courte durée (partielle) ne nécessitant pas une concentration soutenue ni un effort physique important », la capacité de travail étant de 30% dans une activité adaptée.

Selon un questionnaire médical AI de la Dre B_____ reçu le 16 avril 2020 par l'OAI, la capacité de travail était nulle dans toute activité, le pronostic de réadaptation étant en outre mauvais. En outre, la patiente n'arrivait plus à effectuer les travaux ménagers (cuisine, nettoyage) en raison des dorso-lombalgies, des céphalées et de l'asthénie, et elle était aidée par sa nièce – étudiante – qui vivait temporairement avec elle.

À teneur d'un questionnaire médical AI complété le 23 juillet 2020 par le docteur K_____, du service de pneumologie des HUG, l'intéressée souffrait, au plan pneumologique, d'une « dyspnée de stade 1 à 2/4 mMRC », de toux occasionnelle et de réveils nocturnes imputables en partie à l'asthme. Toujours au plan pneumologique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et la patiente était capable d'exercer une activité professionnelle à 100%.

Par ailleurs, dans un questionnaire médical AI rempli le 10 décembre 2020, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et alors psychiatre traitant, a posé le diagnostic de dépression légère à moyenne (CIM-10 [classification internationale des maladies] F32.0). Selon lui, au plan psychiatrique, la capacité de travail était « variable à 60-80% actuellement depuis au minimum juillet 2019 ».

d. À la demande formulée le 1^{er} février 2021 par le SMR, une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie a été réalisée par les docteurs M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale (examen du 9 juillet 2021), N_____, rhumatologue (examen du 14 juillet 2021), O_____, neurologue FMH (examen du 23 juillet 2021), et P_____, psychiatre (examen du 14 juillet 2021), du Centre médical expertises à Fribourg (ci-après : CEMEDEX), qui, après avoir examiné l'intéressée en juillet 2021, ont établi leur rapport d'expertise le 20 septembre 2021.

Dans leur appréciation commune, les experts ont posé les diagnostics, incapacitants ou non, de : - « hypertension intracrânienne bénigne (HIC) diagnostiquée en 2006 avec des céphalées fluctuantes à composantes posturales orthostatiques, de bonne évolution initiale, s'aggravant probablement depuis début 2020 avec troubles visuels et œdèmes papillaires bénéficiant dès lors de ponctions lombaires soustractives au LCR itératives » (G93.2) ; - « intolérance

aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et au Paracétamol, T88.7, l'antalgie est limitée à la prise de Lyrica voire de Sirdalud comme myorelaxant » ; - « céphalées diagnostiquées à caractère mixte, migraineux et tensionnel, préalablement plutôt de type tensionnel chronicisé et, depuis 2019, pouvant prendre un caractère migraineux dont la prévalence semble stable depuis des années. Mais actuellement en arrière-plan relativement aux céphalées liées à l'HIC surtout depuis 2020 » ; - « lombosciatiques L5 droite sans signe clinique objectif ni signe neurologique, M54.4 » ; - « tendinite du talon d'Achille droit, M76.6 » ; - fibromyalgie, M79.7 ; - dysthymie, F34.1 ; - surcharge pondérale ; - hypertension artérielle, I10 ; - « asthme per-annuel avec syndrome restrictif, J45 » ; - « maladie cœliaque connue depuis 2008, K90.0 » ; - intolérance au lactose ; - « valvulopathie mitrale connue depuis 2003 ».

Les limitations fonctionnelles étaient, au niveau rhumatologique : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du corps limité à 10 kg, éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées, pas de marche prolongée surtout sur des terrains irréguliers » ; au niveau psychiatrique : « un emploi sans exigence de rendement important, un travail répétitif » ; au niveau de la médecine interne générale : pas de travail dans un endroit où il y a trop d'humidité ou des irritants chimiques et volatils à cause de l'asthme de l'expertisée.

Dans l'activité habituelle de nettoyeuse, la capacité de travail était, selon l'expert rhumatologue, nulle sans changement depuis la précédente décision du 18 octobre 2017 ; elle était nulle d'après l'expert neurologue dès le 1^{er} janvier 2019 ; de l'avis de l'expert en médecine interne générale, elle était entière, tandis que, pour l'expert psychiatre, il y avait une diminution de rendement de 20% à partir de décembre 2020. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière selon les experts rhumatologue, psychiatre et en médecine interne générale, alors que selon l'appréciation de l'expert neurologue, elle était nulle depuis le 1^{er} janvier 2019, « ce taux [étant] subjectif de modification selon la future prise en charge thérapeutique ».

Des propositions de thérapies étaient formulées aux plans neurologique et psychiatrique.

e. Dans un rapport du 3 novembre 2021, le SMR a considéré ce rapport d'expertise pluridisciplinaire comme complet et convaincant, et l'a suivi. L'atteinte principale était l'hypertension intracrânienne bénigne (HIC) avec céphalées, et la capacité de travail était de 0% dans toutes activités depuis le 1^{er} janvier 2019. Une révision était suggérée au plan médical dans une année.

f. Le 10 novembre 2021 a été établie par l'office une « note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité », retenant le statut d'active professionnellement à 100%.

g. Par projet de décision du 15 novembre 2021, puis par décision du 23 février 2022 comprenant les montants octroyés et accompagnée de la motivation, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2020, soit une année après le début de l'incapacité de travail, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

E. a. Dans un « questionnaire pour la révision de la rente » reçu le 31 octobre 2021 par l'office, l'assurée a, concernant la question d'une éventuelle modification de son état de santé, répondu : « N'est pas amélioré, c'est le même cas ».

b. À teneur d'un questionnaire médical AI complété le 9 novembre 2023 par la docteure Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouvelle médecin généraliste traitante à compter du 17 avril 2023, l'état de santé était « *a priori* stable depuis 2021 ». Était noté : « Douleurs chroniques sous contrôle mais persistantes : lombalgies, arthralgies, céphalées ». La capacité de travail théorique dans une activité adaptée était « impossible à évaluer pour [ladite médecin] à l'heure actuelle ».

Selon un questionnaire médical AI rempli le 3 janvier 2024 par le docteur R_____, spécialiste FMH en neurologie et nouveau neurologue traitant depuis le 15 juillet 2020, l'évolution des céphalées était favorable sous le traitement par Topamax (25 mg, augmenté à 50 mg, le matin, et 75 mg le soir). Concernant l'hypertension intracrânienne idiopathique, seul diagnostic mentionné avec effet sur la capacité de travail, il y avait une « stabilité globale de la situation ». Le pronostic était favorable, « dans un délai de six à douze mois, probablement ». La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles qui étaient ensuite énoncées.

c. Dans un rapport du 22 janvier 2024, prenant en compte ces deux derniers questionnaires médicaux AI, le SMR a confirmé la continuation d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse mais a retenu une capacité de travail de 80% dès le 3 janvier 2024, compte tenu d'une baisse de rendement de 20%. Les limitations fonctionnelles admises consensuellement par les experts du CEMEDEX étaient reproduites, avec la mention de « privilégier une activité diurne » respectant lesdites limitations au plan somatique.

d. Par projet de décision du 1^{er} mars 2024, l'OAI, retenant une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis le 3 janvier 2024 et un degré d'invalidité de 23% – sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité comme développé dans un document « détermination du degré d'invalidité » du 29 février 2024 –, a envisagé la suppression de la rente d'invalidité « après la notification de la décision pour la fin du mois suivant ».

e. Le 18 mars 2024, l'intéressée a formé opposition contre ce projet de décision et a sollicité un délai supplémentaire pour présenter des renseignements complémentaires.

f. Par décision du 25 avril 2024, l'office a supprimé la rente entière d'invalidité actuelle « après la notification de la décision pour la fin du mois suivant », pour les mêmes motifs que ceux énoncés dans le projet de décision précité, avec en outre la précision qu'un éventuel recours contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif.

- F. a.** Par acte du 24 mai 2024, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales, interjeté recours contre ladite décision, concluant préalablement à son audition et à celle en qualité de témoins des docteurs C_____ et S_____, ophtalmologue FMH traitante, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et ophtalmologique, et, au fond, à l'annulation de la décision querellée et au versement à tout le moins d'une rente d'invalidité de 57% dès le 1^{er} juin 2024 et pour l'avenir, avec intérêts moratoires.

Étaient produits : un rapport du 25 mars 2024 de la Dre C_____, qui concluait à une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de nettoyeuse et de « en tous cas » 50% « dans une activité légère, plutôt en position assise, avec possibilité de changer souvent de position » ; un rapport du 18 mars 2024 de la Dre S_____, qui diagnostiquait une sécheresse oculaire, des douleurs chroniques orbitaires plus à gauche qu'à droite, une « cataracte OG », occasionnant une altération du champ visuel de 30°, ainsi qu'une hypertension intracrânienne bénigne.

- b.** Par réponse du 24 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Était remis un avis du 18 juin 2024 du SMR, qui, notamment, ajoutait, au plan strictement ophtalmologique, des limitations fonctionnelles.

- c.** Par réplique du 30 août 2024, la recourante a complété ses griefs, faisant entre autres valoir un abattement de 25% sur le revenu statistique d'invalidé.

Étaient transmis : un rapport du 12 juillet 2024 de la Dre Q_____, qui notait « une nette aggravation de la symptomatologie douloureuse qui, selon [elle], [n'était] pas étrangère au stress socio-financier généré par la remise en question de la rente de [sa] patiente », « aucun nouveau diagnostic ne [pouvant] être avancé » ; des rapports des 17 et 23 juillet 2024 du docteur T_____, radiologue, à la suite d'une « infiltration lombaire sous [rayons X] et contrôle scanner gauche » du 26 juin 2024, respectivement d'une « consultation de la douleur » du 23 juillet 2024 ; un rapport du 13 août 2024 de la Dre C_____, selon laquelle, notamment, « depuis une chute fin avril de cette année, [la patiente mentionnait] une nette augmentation des lombosciatalgies gauches ainsi que des douleurs des deux genoux, mais surtout à gauche » ; un rapport du 22 août 2024 du docteur U_____, neurologue FMH, à la suite d'une consultation du même jour, avec un examen électromyographique.

- d.** Par avis du 8 octobre 2024, le SMR a considéré que ces nouveaux rapports médicaux n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions des 22 janvier et 18 juin 2024, qui restaient valables.

e. Le 15 octobre 2024 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties et d'audition, en qualité de témoins, des Dres S_____, C_____ et Q_____.

f. À la suite de questions écrites posées le 17 octobre 2024, la chambre des assurances sociales a reçu les réponses qui suivent, sous forme de rapports.

Le Dr R_____ a présenté un rapport le 22 octobre 2024 et produit des rapports adressés à la médecin généraliste traitante (la Dre B_____ puis la Dre Q_____) les 15 juillet, 5 août et 27 octobre 2020 ainsi que 31 mars et 22 avril 2021, 9 mai et 16 novembre 2023, enfin 25 juillet 2024.

La Dre S_____ a, le 25 octobre 2024, indiqué les acuités visuelles selon leurs valeurs au 13 octobre 2023 ainsi que 18 mars et 9 juillet 2024.

Le service d'ophtalmologie des HUG a produit les renseignements qui suivent. Il avait, les 19 et 22 mai 2023, conclu à l'absence de signes cliniques d'hypertension intracrânienne mais à la présence d'une cataracte capsulaire postérieure à l'œil gauche, sans indication opératoire pour le moment, ce à quoi s'ajoutait une blépharite aux paupières « postérieure bilatéralement » traitée ; « l'acuité visuelle [était] de 10/10^e à l'œil droit et de 6/10^e à l'œil gauche avec la meilleure correction. Les valeurs de tension intra-oculaire [étaient] dans les normes ». Au 26 août 2024, la cataracte susmentionnée étant en attente d'un traitement.

Le service de neurochirurgie des HUG, par la docteure V_____, médecin cheffe de clinique, a, le 7 novembre 2024, décrit une activité adaptée et considéré qu'au vu des douleurs chroniques, dues à des lombalgies chroniques en aggravation depuis quelques mois avec irradiation dans la jambe gauche associée à une perte de force sévère pluriradiculaire, il existait une incapacité de travail de 50%.

Par ailleurs, la recourante a produit le 5 novembre 2024 un rapport du 18 août 2024 du service de neurochirurgie des HUG, établi par les docteurs W_____, médecin interne, et X_____, médecin chef de clinique, à la suite d'une consultation du 5 août 2024, de même qu'un rapport du 30 avril 2024 du Dr R_____ destiné « À qui de droit ».

Il est précisé que le service de neurologie des HUG n'a pas répondu aux questions posées le 16 octobre 2024 par la chambre de céans.

g. Par écriture du 3 décembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions de rejet du recours.

Le SMR se prononçait dans un avis du même jour sur les récents renseignements médicaux présentés et précisait que les nouveaux éléments médicaux ressortant du rapport du 18 août 2024 du service de neurochirurgie des HUG (Drs W_____ et X_____), « sous forme d'une parésie M2 à l'ilio-psoas, M3 au quadriceps, au releveur du pied et des orteils et au fléchisseur plantaire à gauche dans le contexte d'un syndrome déficitaire sur le plan moteur pluri-radiculaire, L1-S1 », « annoncés lors de la consultation du [5 août 2024] », et repris dans les réponses

de la Dre V_____ du 7 novembre 2024, étaient postérieurs à la décision de l'office du 25 avril 2024 et n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions du 22 janvier 2024.

h. Par observations du 4 février 2025, la recourante a fait valoir que, le Dr R_____ ayant précisé le 3 janvier 2024 que l'amélioration sous traitement de Topamax devait être évaluées dans les six à douze mois, le SMR avait, le 22 janvier 2024, procédé à une nouvelle évaluation différente sur un état de fait demeuré inchangé depuis l'octroi de la rente entière par décision du 23 février 2022. Elle concluait donc principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à la décision de l'intimé du 23 février 2022 et à la reprise du versement de cette rente à compter du 1^{er} juin 2024, avec intérêts moratoires. De surcroît, son état de santé devait être pris en considération dans sa globalité, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux récemment produits. La recourante reprenait, à titre subsidiaire, ses conclusions formulées dans son acte de recours. Sa conclusion préalable de mise en œuvre d'une expertise judiciaire visait désormais une expertise multidisciplinaire, c'est-à-dire rhumatologique, neurologique et ophtalmologique.

i. Le 6 février 2025, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

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 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'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit de supprimer, avec effet dès le 1^{er} juin 2024, la rente entière d'invalidité qu'il avait octroyée à la recourante à partir du 1^{er} janvier 2020 selon sa décision du 23 février 2022, et donc si l'intéressée a droit ou non à la continuation de l'octroi

d'une rente au-delà du 30 mai 2024. Des mesures professionnelles ne sont pas demandées par l'assurée.

Il est à cet égard rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

3.1 En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

3.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88a RAI, après cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022).

4.

4.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021). 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, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 –, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente – la plus basse – de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

4.4 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).

4.4.1 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 LPG), 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).

4.4.2 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.

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

consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.5 Vu l'existence en l'occurrence d'une révision effectuée par l'intimé dans le cas présent, les règles à ce sujet sont les suivantes.

4.5.1 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA – dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 –, 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 ; al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

L'art. 88a al. 1 RAI – intitulé « modification du droit » – précise quant à lui que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

4.5.2 Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

4.5.3 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 entré 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 (1^{ère} phr. 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 (2^{ème} phr. 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_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4.1 et les références).

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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_285/2020 du 15 septembre 2020 consid. 5.1 et les références).

4.5.4 Selon les règles générales du droit des assurances sociales, l'assureur doit établir les faits pertinents. En vertu du principe inquisitoire énoncé à l'art. 43 al. 1 LPGa, il est tenu de procéder d'office aux investigations nécessaires et de recueillir les renseignements requis, les renseignements fournis oralement devant être consignés par écrit. En principe, il incombe à l'assureur de prouver une modification importante du degré d'invalidité lorsqu'il veut réduire ou supprimer une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1 non publié *in* : ATF 139 V 585). Si une modification des faits déterminante pour le droit aux prestations n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la situation juridique qui prévalait jusqu'alors est maintenue conformément au principe du fardeau matériel de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.4 et les références ; pour un cas d'application : *cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

4.6 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, l'intimé a, dans le cadre de la procédure de révision entamée en octobre 2023, supprimé la rente entière d'invalidité de la recourante (octroyée dès le 1^{er} janvier 2020) essentiellement sur la base du questionnaire médical AI rempli le 3 janvier 2024 par le Dr R_____, alors neurologue traitant depuis le 15 juillet 2020 (à la suite de la Dre I_____), qui retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Il convient donc, à tout le moins dans un premier temps, d'examiner s'il y a bien eu une amélioration de l'état de santé de l'intéressée au plan neurologique à compter du 3 janvier 2024, comme retenu par le SMR et l'OAI.

5.1.1 Dans son rapport d'expertise au plan neurologique, à la suite d'un examen clinique du 23 juillet 2021 (d'une durée d'1h30), l'expert O_____ pose les diagnostics suivants : - « lombalgies avec irradiation sciatalgique gauche sur un trajet postérieur, M54.4, sans signe clinique radiculaire en corrélation stricte avec les conflits observés à l'IRM et non lésionnels à l'ENMG (2010 et 2014) » ; - « hypertension intracrânienne bénigne (HIC) diagnostiquée en 2006, avec des céphalées fluctuantes à composante posturale orthostatique, de bonne évolution initiale, s'aggravant probablement depuis début 2020 avec troubles visuels et œdème papillaire, bénéficiant dès lors de ponctions lombaires soustractives de LCR itératives, G93.2 » ; - « intolérance aux anti-inflammatoire non-stéroïdiens et Paracétamol, T88.7, l'antalgie est limitée par la prise de Lyrica, voire de Sirdalud comme myorelaxant, le Topamax pour la HIC avec surveillance des natrémie et kaliémie » ; - « céphalées diagnostiquées à caractère mixte migraineux et tensionnel, préalablement plutôt de type tensionnel chronicisée, et depuis 2019 pouvant prendre un caractère migraineux, dont la prévalence semble stable depuis des années (sans carnet des migraines), mais actuellement en arrière-plan relativement aux céphalées liées à l'HIC, surtout depuis 2020 » (p. 17-18).

Est relevée dans la partie « Synthèse du dossier » – commune pour tous les experts du CEMEDEX – la réception de la part de l'expertisée des rapports du Dr R_____ des 15 juillet, 5 août 27 octobre 2020 ainsi que 22 avril 2021 (p. 44). L'expert neurologue résume en outre le rapport du 22 avril 2021 susmentionné (p. 19).

Sous « évaluation de la cohérence et de la plausibilité », le Dr O_____ considère, concernant les lombalgies, « difficile d'établir une cohérence entre l'examen clinique dont le déficit est peu systématisé et une supposée atteinte radiculaire ». En revanche, « les céphalées en recrudescence depuis 2019 sont en bonne concordance avec une pression LCR mesurée à 28 cm H₂O, un œdème papillaire et une amélioration à la soustraction de LCR », tandis que « les céphalées chroniques de type tensionnel semblent favorisées par l'abaissement du seuil de la douleur dans un contexte de fibromyalgie (R 24.01.2019 – centre de la douleur HUG) » (p. 19).

S'agissant de la « capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici », l'expert neurologue écarte, d'un point de vue strictement neurologique, un conflit radicaire, considérant néanmoins comme contre-indiquée sous cet angle (considération non spécifiquement neurologique) une activité lourde dans le ménage/nettoyage. « En ce qui concerne les céphalées, l'HIC ne semble pas stabilisée et surtout aggravée depuis début 2019, telle qu'une activité dans le nettoyage ne peut être assumée. Évolution en dents de scie avec phase de rémission partielle post-PL puis ré-aggravation ». Ledit expert retient donc une « [capacité de travail] fluctuante et incompatible avec un contrat d'emploi », soit une capacité de travail de « 0% depuis le 1^{er} janvier 2019 » (p. 20).

Pour ce qui est de la « capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée », « une activité qui ne nécessite pas de port de charge au-delà de 5 kg, de position de porte-à-faux, qui permet un changement de position régulier pourrait être assumée à 100% du point de vue neurologique avec une baisse de rendement de l'ordre de 20% en raison des douleurs chroniques lombalgiques. Encore une fois, il ne s'agit pas d'une limitation neurologique ». « En ce qui concerne les céphalées récidivantes à l'HIC bénigne, leur prévalence actuelle semble d'après le Dr R_____ s'accroître. Leur résistance/intolérance au Diamox, relative au Topamax avec hyponatrémie/kaliémie rend leur prise en charge complexe. L'évolution instable depuis 2019 ne permet pas un contrat d'emploi. Donc 0% depuis le 1^{er} janvier 2019. Ce taux est susceptible de modification selon la future prise en charge thérapeutique » (p. 20).

Au titre des « mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail », on pourrait pour les lombalgies, selon l'expert neurologue, ajouter l'acupuncture, voire une thérapie neutrale, la question d'une opération neurochirurgicale restant ouverte et une nouvelle électroneuromyographie des membres inférieurs pouvant être proposée à des fins d'objectivité. « En ce qui concerne l'HIC, la question demeure délicate. Une fenestration de la gaine des nerfs optiques pourrait s'avérer nécessaire pour éviter leur compression. L'évolution ne pourra s'apprécier que sur les mois suivant une telle intervention, par exemple au printemps 2022 » (p. 20).

5.1.2 Ce sont ainsi essentiellement les céphalées, à l'évolution fluctuante, qui ont conduit à la reconnaissance par les experts d'une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2019, surajoutée à la baisse de rendement de 20% admise du point de vue psychiatrique à partir de décembre 2020.

5.1.3 Pour ce qui est des évaluations du neurologue traitant R_____, il ressort des rapports produits le 22 octobre 2024 par celui-ci ce qui suit.

À teneur du rapport du 15 juillet 2020, le tableau clinique fait suspecter une récurrence d'hypertension intracrânienne idiopathique chez la patiente qui se plaint depuis plusieurs mois de céphalées inhabituelles de sémiologie évocatrice (forte composante posturale orthostatique, prédominance nocturne et matinale, nausées

et plus rarement vomissement) et dont le bilan ophtalmologique révèle un œdème papillaire plus à gauche qu'à droite ; l'intensité moyenne des céphalées est de 7 à 8 sur 10, émaillée de pics pouvant atteindre 10 sur 10. ; l'examen neurologique réalisé ce jour est néanmoins normal. D'après le rapport du 5 août 2020, un bilan confirme une récurrence de l'hypertension intracrânienne idiopathique, de sorte qu'il est convenu de remettre en place un traitement par Diamox et d'interrompre l'Esidrex. Selon le rapport du 27 octobre 2020, à la suite de l'introduction depuis deux semaines du Topamax, la patiente confirme une légère amélioration des céphalées, qui bien que toujours quotidiennes sont plus espacées et moins intenses (6 à 7 sur 10) qu'auparavant, mais, sur le plan visuel, elle note toujours de brefs épisodes intermittents de flou visuel monoculaire gauche, surtout lorsqu'elle doit se concentrer (lecture notamment). À teneur du rapport du 31 mars 2021, la mise en place du traitement par Topamax est bien tolérée cliniquement et a permis un contrôle satisfaisant des céphalées, mais la tolérance biologique reste problématique, avec la persistance d'une hypokaliémie et d'une hyponatrémie sur de probables pertes rénales ; il est proposé de poursuivre le traitement avec ce médicament aux doses actuelles. D'après le rapport du 22 avril 2021, l'évolution clinique de l'hypertension intracrânienne idiopathique est défavorable, puisque l'intéressée présente une recrudescence des céphalées depuis un mois et que le dernier bilan ophtalmologique montre une stagnation, voire une légère aggravation de l'œdème papillaire, chez une patiente par ailleurs très sensible aux traitements médicamenteux et sujette aux effets indésirables (intolérance au Diamox, remplacé par le Topamax toujours source d'une hypokaliémie et d'une hyponatrémie persistantes). Selon le rapport du 9 mai 2023, l'assurée décrit une nette amélioration de ses céphalées à la suite de la récente augmentation des doses de Topamax (environ trois ou quatre semaines après). À teneur du rapport du 16 novembre 2023, faisant suite à une consultation du matin même, la patiente semble présenter une discrète recrudescence de céphalées et de symptômes compatibles avec l'hypertension intracrânienne idiopathique connue, de sorte que le Dr R_____ a proposé une légère augmentation des doses de Topamax à 50 mg le matin et 75 mg le soir, avec la possibilité de les augmenter à 75 mg deux fois par jour, dans un second temps, si ces doses ne suffisaient pas et que la tolérance restait bonne ; la recourante ne formule pas d'autre plainte que les céphalées et le reste de l'anamnèse ne révèle pas de nouveau symptôme neurologique ; le neurologue traitant propose un suivi en consultation dans six mois, qu'il pourrait bien évidemment avancer en cas d'aggravation des symptômes entretemps.

Selon le questionnaire médical AI rempli le 3 janvier 2024 par le Dr R_____, la date du dernier contrôle était le 16 novembre 2023 ; lors de celui-ci, la patiente se sentait bien, mais elle décrivait une légère recrudescence de céphalées depuis septembre 2023, « notamment dans le cadre de problèmes de tension artérielle en cours de réglage, mais avec une nette amélioration suite à l'optimisation de la charge de l'HTA ». « Les céphalées décrites actuellement prédominent durant la journée (après-midi surtout), avec un caractère souvent pulsatile. La fréquence

actuelle est d'environ deux ou trois jours par semaine. Parfois, la patiente note une composante nocturne, plus rarement (en moyenne 3 nuits par semaine), avec quelques rares réveils nocturnes, en général associés à des symptômes cochléo-vestibulaires (bourdonnements, phonophobie). Il n'y a pas de franche composante posturale orthostatique. Pas d'effet secondaire aux doses actuelles de Topamax (25 mg le matin et 75 mg le soir). » L'évolution des céphalées est donc, selon le neurologue traitant, favorable sous le traitement par Topamax (25 mg, augmenté à 50 mg, le matin, et 75 mg le soir). Concernant l'hypertension intracrânienne idiopathique, seul diagnostic mentionné avec effet sur la capacité de travail, il y a une « stabilité globale de la situation ». Le pronostic est favorable, « dans un délai de six à douze mois, probablement ». La capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « éviction du port de charges lourdes et des situations susceptibles d'augmenter la pression abdominale (répercussion de ceci sur le retour veineux et indirectement sur la pression intracrânienne, ce qui peut favoriser les céphalées), éviction des horaires nocturnes (une bonne hygiène de sommeil étant importante pour une prise en charge adéquate des céphalées chroniques) ».

D'après le rapport du 30 avril 2024 du Dr R_____ destiné « À qui de droit », aujourd'hui et compte tenu des éléments dont il dispose, il n'y a ni une atteinte significative et durable de la capacité de travail ni une limitation fonctionnelle au sens de la neurologie. « Seule une baisse de rendement en lien avec les céphalées et leur occasionnelle survenue nocturne (ce qui peut entraver la qualité du sommeil) peut être retenue. » Le neurologue traitant « ne [peut] donc que [s'aligner] sur les conclusions de l'assurance-invalidité quant à une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle ».

À teneur d'un rapport du 25 juillet 2024 du Dr R_____ – adressé comme les autres à la médecin généraliste traitante –, à la suite d'une consultation de suivi le matin même, la patiente décrit une relative stabilité des maux de tête depuis le printemps dernier, et elle ne se dit pas gênée ces derniers temps par cette problématique. En revanche, elle signale des problématiques lombaires et de sciatique actuellement en cours de prise en charge par les HUG, et elle décrit toujours la persistance de fourmillements permanents touchant la totalité de son hémicorps droit, sans changement par rapport à ce qu'elle notait déjà lors des précédents entretiens, ce qui occasionne une légère composante douloureuse mais plutôt à type de gêne que d'authentique douleur. La recourante ne formule aucune autre plainte, et le reste de l'anamnèse est sans particularité. L'examen neurologique est normal. La situation semble donc stable, concernant l'hypertension intracrânienne idiopathique, et le neurologue traitant propose dès lors la poursuite du Topamax aux doses actuelles, sans changement.

Dans son rapport du 22 octobre 2024, le Dr R_____ répond aux questions de la chambre de céans. Il a suivi la recourante du 15 juillet 2020 au 25 juillet 2024.

Selon le neurologue traitant, l'évolution a été marquée par de grandes fluctuations dans l'intensité des symptômes inhérents au diagnostic d'hypertension intracrânienne idiopathique (en particulier des céphalées ainsi qu'une sensation globale plus ou moins permanente de fatigue excessive) ; le traitement par le topiramate – molécule du Topamax – a remplacé celui par l'acétazolamide – molécule du Diamox –, a été mieux toléré et a permis une amélioration sensible des symptômes, sans toutefois permettre de les faire disparaître complètement. Durant tout le suivi, jusqu'en juillet 2024, une surveillance des paramètres ophtalmologiques a également été assurée et s'est montrée rassurante. La récurrence peut être gênée de façon transitoire par les maux de tête, durant sa vie quotidienne, mais ceux-ci sont néanmoins en amélioration au cours des derniers mois et années, ne se présentant que de manière intermittente et répondant en général favorablement aux antalgiques de réserve ; il n'y a donc aucune atteinte durable dans le cadre du diagnostic d'hypertension intracrânienne idiopathique. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle au plan neurologique. La capacité de travail a probablement été modulée, entre 2020 et 2024, par l'évolution fluctuante des symptômes et en particulier des maux de tête ; elle peut toutefois être considérée comme pleine, depuis 2023, avec néanmoins une baisse de rendement transitoire en cas de céphalées, diminution qui « peut être estimée entre 20 et 30%, ceci de façon transitoire puisque la réponse aux antalgiques de réserve est de plus favorable ». Le pronostic semble favorable.

5.1.4 Cela étant, il y a lieu de s'interroger concernant le fait que, dans le questionnaire médical AI complété le 3 janvier 2024, le Dr R_____ fait état d'une évolution et d'un pronostic favorables des céphalées, alors que ses réponses reposent sur le dernier contrôle du 16 novembre 2023 lors duquel l'assurée a décrit une légère recrudescence des céphalées depuis septembre 2023.

En outre, dans le rapport du neurologue traitant adressé le 22 octobre 2024 à la chambre de céans, il n'est pas clair si la baisse de rendement de 20 à 30% vaut seulement pour de courtes périodes ou pour une durée indéterminée, et cette diminution de rendement n'est pas mentionnée dans les rapports et questionnaire précédents. De surcroît, toujours selon ledit rapport du 22 octobre 2024 – comme celui du 30 avril 2024 –, il n'y a pas de limitation fonctionnelle au plan neurologique, alors que des limitations fonctionnelles sont énoncées y compris sur ce plan dans le questionnaire rempli le 3 janvier 2024.

Au demeurant, le rapport du 30 avril 2023 fait état de céphalées moins fréquentes que celles décrites dans le questionnaire du 3 janvier 2024 et la nuit plutôt que la journée, alors qu'il n'y a pas eu de consultation entre les deux, ce sans explication à ce sujet.

Ces problèmes de cohérence amènent des doutes quant à la valeur probante des rapports du Dr R_____.

À cet égard, il ressort des déclarations de la recourante lors de l'audience du 15 octobre 2024 qu'elle ne fait plus confiance au Dr R_____ et qu'elle n'est plus suivie par lui.

5.1.5 Par ailleurs, le SMR et l'OAI apparaissent ne pas avoir suffisamment tenu compte du questionnaire médical AI complété le 9 novembre 2023 par la Dre Q_____, médecin généraliste traitante, quand bien même la capacité de travail théorique dans une activité adaptée y est considérée comme « impossible à évaluer pour [elle] à l'heure actuelle ».

En effet à teneur des réponses qui y sont contenues, l'état de santé de l'intéressée est « *a priori* stable depuis 2021 », réponse qui n'est de prime abord pas compatible avec une amélioration postérieure à l'établissement du rapport d'expertise le 20 septembre 2021. Du reste, pour le pronostic, il est répondu « stabilité clinique espérée », ce qui implique qu'il n'y a alors pas encore eu de stabilité, contrairement à ce que retient le Dr R_____.

Sont notées, toujours dans ledit questionnaire, par la Dre Q_____, comme « symptômes actuels/état de santé actuel », des « douleurs chroniques sous contrôle mais persistantes : lombalgies, arthralgies, céphalées », et ladite médecin généraliste traitante répond, sous « limitations fonctionnelles » : « Les limitations décrites par les spécialistes au moment de l'octroi initial de la rente s'appliquent. Un travail physiquement ou psychologiquement soutenu est rendu impossible par les douleurs chroniques et les effets secondaires des médicaments (lyrica, topiramate) ». La médecin généraliste traitante retient donc un effet incapacitant en particulier des céphalées, même si elle ne peut pas l'apprécier avec précision.

À cet égard, lors de l'audience du 15 octobre 2024, la Dre Q_____ déclare : « Concernant les limitations fonctionnelles, [la recourante] doit éviter de porter des charges, s'agenouiller, se pencher et éviter tout ce qui occasionne un stress au niveau de la colonne vertébrale. [À la ligne] Sur question de l'OAI, concernant la question de la capacité de travail dans une activité physiquement adaptée et respectant toutes les limitations fonctionnelles, je pense que l'addition de toutes les pathologies chroniques dont souffre ma patiente avec aussi les effets secondaires des traitements (notamment le topiramate) cause une certaine fatigabilité et d'éventuels troubles de la concentration qui pourraient avoir un impact sur la capacité de travail même dans une activité adaptée au plan physique, potentiellement sous une forme de baisse de rendement. C'est pour déterminer cela qu'il y a des stages d'évaluation professionnelle ». Cette description ne semble pas porter exclusivement sur la période qui a suivi le prononcé de la décision querellée.

Enfin, le SMR et l'office n'ont procédé à aucune mesure d'instruction supplémentaire après la réception des questionnaires remplis par les seuls Drs Q_____ et R_____, alors que celle-là la note, sous « recommandation pour la future thérapie », « suivi multidisciplinaire (neurologue, ophtalmologue,

rhumatologue, pneumologue, gastro-entérologue) – poursuite et monitoring du traitement médicamenteux ».

5.1.6 Or, de surcroît, le Topamax peut éventuellement entraîner, comme effets secondaires très fréquents, notamment des troubles de la sensibilité, somnolence, sensation vertigineuse, nausées, fatigue, et, comme effets secondaires fréquents, entre autres des problèmes de l’humeur, des troubles de l’attention, de la mémoire et de la concentration, des troubles visuels (notamment une vision floue) (cf. « Info patient » du Compendium, accessible sur internet sous <https://compendium.ch/product/50157-topamax-cpr-pell-25-mg/mpub>).

Il est précisé ici que les maux de tête, vertiges, nausées et troubles de la vision (vision floue, vision double, réduction du champ visuel) paraissent être les symptômes les plus fréquents de l’hypertension intracrânienne idiopathique (cf. site internet de l’Hôpital universitaire de Berne, <https://neurochirurgie.insel.ch/fr/maladies-traitees-specialites/troubles-du-liquide-cephalo-rachidien/hypertension-intracranienne-idiopathique>).

5.1.7 Au plan ophtalmologique, dans le rapport du 18 mars 2024 de la Dre S_____, ophtalmologue traitante, sont diagnostiquées une sécheresse oculaire, des douleurs chroniques orbitaires plus à gauche qu’à droite, une « cataracte [œil gauche] », occasionnant une altération du champ visuel de 30°, ainsi qu’une hypertension intracrânienne bénigne.

Dans son avis du 18 juin 2024, le SMR, notamment, estime qu’« une baisse de l’acuité visuelle et un champ visuel 30° altéré de façon diffuse à gauche (déficit unilatéral) en rapport avec cette dernière » est « potentiellement réversible ». Selon ce service, « les douleurs chroniques de la région orbitaire dont se plaint l’assurée et que l’ophtalmologue traitante estime être d’étiologie multifactorielle date depuis 2020 (douleurs présentes lors de l’expertise pluridisciplinaire du [20 septembre 2021]) et ont été, par conséquent, prises en compte par les experts dans le contexte des céphalées qu’elle présente » ; « comme le précise l’ophtalmologue traitante, elles ne sont pas dues à une atteinte ophtalmologique en particulier et elles ont un caractère chronique et par conséquent, ne représentent pas un élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions du SMR du [22 janvier 2024] ». Le SMR ajoute, au plan strictement ophtalmologique, les limitations fonctionnelles suivantes : « La qualité de vision de l’œil gauche est altérée par la présence d’une cataracte entraînant imprécision et fatigue visuelle. Exclure les activités avec la nécessité d’une vision de précision binoculaire, l’usage prolongé d’écrans, la conduite d’engin ou machine ».

Lors de l’audience du 15 octobre 2024, l’ophtalmologue traitante dit : « Concernant mon rapport du 18 mars 2024, j’ai noté en novembre 2022 une légère baisse d’acuité visuelle à gauche. Par la suite, la vue ayant baissé progressivement et au vu de l’apparition d’une opacification du cristallin je l’ai adressée à la clinique ophtalmique des HUG pour une évaluation d’une prise en

charge de la cataracte, en juillet 2024. La vue à gauche baisse progressivement avec une baisse d'acuité de 50% de près et de loin au 9 juillet 2024. [À la ligne] Ces problèmes dans leur ensemble peuvent engendrer une gêne pour travailler sur un écran ou effectuer des tâches de précision avec un besoin de profondeur binoculaire. Il y a une fatigabilité après des tâches prolongées. Ce d'autant plus que l'œil directeur est l'œil gauche. C'est ce que je peux dire en terme de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. [À la ligne] Par ailleurs, l'examen du fond de l'œil gauche montrait une stabilité de l'œil gauche dans la limite de ce que je pouvais voir s'agissant d'une cataracte. [À la ligne] Sur question de l'OAI, dans une activité adaptée et probablement avec une diminution de rendement, la capacité de travail est entière. [À la ligne] (...) Sur question de [l'avocat de la recourante], le taux de baisse de rendement dépendrait de l'activité exercée et du besoin d'acuité visuelle pour cette activité ».

Le 25 octobre 2024, à l'intention de la chambre des assurances sociales, la Dre S_____ a indiqué les acuités visuelles selon leurs valeurs au 13 octobre 2023 ainsi que 18 mars et 9 juillet 2024, qui ont selon elle changé.

Il est de plus relevé que, le 22 mai 2023, le service d'ophtalmologie des HUG note que « l'acuité visuelle est de 10/10^e à l'œil droit et de 6/10^e à l'œil gauche avec la meilleure correction ».

Il découle de ce qui précède, au plan ophtalmologique, que des limitations fonctionnelles, voire une diminution de rendement, en éventuelle aggravation par rapport à la situation au moment de l'établissement du rapport d'expertise (20 septembre 2021) sous l'angle de l'altération du champ visuel de 30°, ne peuvent pas être exclues et ne pouvaient pas l'être non plus à la date (25 avril 2024) où la décision querellée a été prononcée.

Le SMR et l'intimé n'ont cependant aucunement investigué la problématique ophtalmologique.

5.1.8 En définitive, c'est sur une base insuffisamment établie que l'OAI a retenu, dans sa décision attaquée, une amélioration importante de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée à l'appui de la suppression de la rente d'invalidité (avec effet dès le 1^{er} juin 2024), ce au plan neurologique.

À cela s'ajoute la problématique ophtalmologique qui n'a aucunement été investiguée avant le prononcé de la décision litigieuse.

5.2 Ces circonstances rendent nécessaires, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mise en œuvre d'une expertise par un ou des médecins indépendants selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire.

Conformément au principe inquisitoire, 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 des assurances 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).

Dans le cas présent, l'intimé s'est contenté, avant le prononcé de sa décision de suppression de rente, de recevoir le questionnaire médical AI du 9 novembre 2023 de la médecin généraliste traitante, ainsi que celui du 3 janvier 2024 du neurologue traitant dont il a repris l'appréciation sans examen approfondi, la situation médicale restant ainsi très peu instruite.

La cause doit en conséquence être renvoyée à l'office pour instruction approfondie, avec en particulier une expertise médicale, de toutes les questions pertinentes afférentes à la situation médicale de la recourante et à son évolution, notamment sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision au sujet de la continuation du droit à une rente, étant en outre précisé qu'une éventuelle mesure professionnelle telle que celle suggérée en audience par la Dre Q_____ n'est en l'état pas exclue.

5.3 Cette instruction complémentaire prendra en compte, par économie de procédure, l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

5.3.1 À cet égard, selon le rapport du 13 août 2024 de la Dre C_____, depuis une chute survenue à fin avril 2024, l'assurée « mentionne une nette augmentation des lombosciatalgies gauches ainsi que des douleurs des deux genoux, mais surtout à gauche », la patiente ayant, d'après la rhumatologue traitante entendue en audience, « développé des douleurs très importantes de type sciatique sur un trajet du nerf qui s'appelle L5 à gauche et avec des troubles neurologiques associés, c'est-à-dire avec une faiblesse musculaire. Ceci explique la capacité de travail nulle dans toute activité [qu'elle a] indiquée le 13 août 2024 ».

Il est à tout le moins possible que ce soit concernant le même contexte ayant suivi la réception de la décision querellée que la Dre Q_____ fait état, dans son rapport du 12 juillet 2024 et en audience, « d'une nette dégradation de l'état physique et psychique de [la patiente] en juin 2024, [attribuée] [...] en tout cas en

partie au stress social qu'elle subit depuis le début de cette année (NDR : 2024), à savoir des difficultés sociales et financières dues à la suppression de sa rente AI. Ces difficultés expliquent selon [la médecin généraliste traitante] en partie la multiplication des consultations auprès de différents spécialistes depuis le début de l'année. Depuis juin 2024, la capacité de travail est entravée par la recrudescence des douleurs au niveau lombaire et du membre inférieur gauche » (procès-verbal, p. 2).

Semblent *prima facie* se rapporter à la même péjoration le rapport du neurologue U_____, de même que les rapports du service de neurochirurgie des HUG, qui, le 7 novembre 2024, décrit une activité adaptée (« un emploi avec absence de port de charges lourdes, possibilité de changer librement de position [entre position assise et debout] et sans longs trajets ») et considère qu'au vu des douleurs chroniques, dues à des lombalgies chroniques en aggravation depuis quelques mois avec irradiation dans la jambe gauche associée à une perte de force sévère pluriradiculaire, il existe une incapacité de travail de 50%.

5.3.2 Cela étant, la question de savoir si la possible aggravation susmentionnée des douleurs dans le dos et aux deux genoux serait ou non intervenue à la suite de la chute survenue fin avril 2024, soit après le prononcé et la réception de la décision en cause, ne nécessite pas d'être tranchée par le présent arrêt.

En effet, ladite possible péjoration, y compris son début, fera l'objet de l'instruction complémentaire à mettre en œuvre par l'OAI, notamment dans le cadre de l'expertise médicale, et l'instruction tendra entre autres à clarifier le contexte et les circonstances de la chute survenue à fin avril 2024.

6.

6.1 Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, avec notamment une expertise médicale pluridisciplinaire aux plans à tout le moins neurologique, ophtalmologique et rhumatologique (*cf.* aussi consid. 5.2. et 5.3 ci-dessus), puis nouvelle décision.

Étant donné qu'il s'agit en l'occurrence d'une révision, il est souhaitable que, dans la mesure du possible, soit mandaté au moins le même expert neurologue que celui qui a établi, au plan neurologique, le rapport d'expertise du 20 septembre 2021.

6.2 Vu cette issue, il n'est pas nécessaire d'examiner les griefs de la recourante afférents à la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

6.3 Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le retrait de l'effet suspensif à un recours dirigé contre une décision supprimant ou diminuant une rente perdue, en cas de renvoi de la cause à l'administration – et sous réserve d'une éventuelle provocation abusive par celle-ci d'une date de révision la plus précoce possible –, également durant la procédure d'instruction complémentaire

jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370 ; 106 V 18 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5.3.2 et les arrêts cités).

Au regard des circonstances particulières, on ne peut pas exclure que la recourante, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à la décision de l'intimé du 23 février 2022 et à la reprise du versement de cette rente à compter du 1^{er} juin 2024, avec intérêts moratoires, sollicite implicitement, dans l'hypothèse – non expressément envisagée par elle – où un renvoi pour instruction complémentaire était prononcé, une restitution de l'effet suspensif, que l'office a retiré dans la décision querellée en application de l'art. 52 al. 4 LPGA. Quoiqu'il en soit, aucune provocation abusive par l'OAI d'une date de révision la plus précoce possible n'est alléguée par l'assurée, ni ne ressort du dossier. Partant, la chambre de céans ne peut que refuser une restitution de l'effet suspensif pour la période qui s'étendra entre le prononcé du présent arrêt et la notification de la nouvelle décision à rendre par l'office.

7. La recourante obtenant pour une part importante gain de cause et étant assistée d'un conseil, une indemnité de CHF 3'000.- 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. 1bis 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 rendue le 25 avril 2024 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Refuse une restitution de l'effet suspensif, au sens des considérants.
6. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 3'000.-, 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

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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