

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2226/2024

ATAS/570/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juillet 2025

Chambre 3

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. En octobre 2015, A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1980, employée de commerce de formation, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant plusieurs atteintes à la santé, notamment un déséquilibre hormonal, de volumineux fibromes, un nodule d'endométriose et un polype endométrial. Elle avait en dernier lieu travaillé en 2014 pour la société B_____.

b. Par décision du 14 novembre 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'avril 2016 à février 2018, réduite à une demi-rente à compter de mars 2018.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Dans un rapport du 15 décembre 2015, la docteure C_____, spécialiste en médecine générale, a fait état d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) depuis 2009, d'un état anxiodépressif, d'une endométriose et de fibromes utérins symptomatiques depuis 2011 ; ces atteintes avaient entraîné une totale incapacité à exercer l'activité habituelle de comptable depuis septembre 2014. Les limitations fonctionnelles consistaient en des angoisses et des douleurs abdominales et quotidiennes invalidantes interférant avec la capacité de concentration.
- Dans un rapport du 3 septembre 2017, le docteur D_____, psychiatre, a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité, justifiée avant tout par les atteintes somatiques. Sur le plan strictement psychiatrique, il retenait les diagnostics de trouble de l'attention et hyperactivité (F90.0) et anxiété généralisée (F41.1). Une reprise d'activité était envisageable, dans un premier temps, à temps partiel, avec un niveau de stress limité.
- La docteure E_____, gynécologue, a attesté en décembre 2018 d'une endométriose de stade III-IV (modérée à sévère) et d'un utérus polomyomateux symptomatique, entraînant l'impossibilité de rester en position assise prolongée, par exemple devant un ordinateur.
- Mandaté pour une expertise, le docteur F_____, rhumatologue, dans un rapport du 29 janvier 2019, n'a retenu aucun diagnostic rhumatologique invalidant. Étaient mentionnés à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail : un conflit sous-acromial de l'épaule droite (M75.1) et une connectivite indifférenciée.
- Le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, également mandaté par l'OAI, a rendu son rapport en août 2019. Il a retenu les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention (F.90) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis,

utilisation nocive pour la santé (F12.1), ce dernier étant non invalidant. Il a en revanche écarté celui de trouble d'anxiété généralisée. L'expert a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de comptable.

- Le service médical régional (SMR) a constaté que les atteintes ayant conduit à l'arrêt de travail étaient essentiellement d'ordre somatique. Il admettait une incapacité totale de travail dès septembre 2014, en raison d'une connectivité indifférenciée et d'une endométriose de stade III-IV. Les limitations fonctionnelles en découlant étaient les suivantes : éviter toute activité impliquant la position assise prolongée et des efforts physiques; privilégier un poste sédentaire permettant de changer de position à sa guise, sans effort physique, ni port de charges. Dans un tel poste, la capacité de travail exigible était de 50% depuis novembre 2018. L'activité habituelle était adaptée.

c. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans, par arrêt du 28 juin 2021 (ATAS/686/2021), l'a partiellement admis. Elle a réformé la décision du 14 novembre 2019 en ce sens que la réduction de la rente entière à une demi-rente a été reportée au 1^{er} mars 2019 (en lieu et place du 1^{er} mars 2018), la décision du 14 novembre 2019 étant confirmée pour le surplus.

B. a. Le 2 août 2022, l'assurée a demandé la révision de son droit aux prestations en invoquant une aggravation de son état de santé.

b. Ont été recueillis lors de l'instruction, notamment :

- un rapport de la docteure H_____, de la clinique I_____, du 22 décembre 2022, attestant de l'hospitalisation de l'assurée du 29 mars au 27 août 2022, faisant état de la persistance de symptômes dépressifs et de troubles du sommeil, d'une stabilisation de la thymie avec persistance d'intolérance au stress et concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, en rémission partielle, ainsi qu'à un trouble hyperkinétique ; la capacité de travail était qualifiée de nulle ; étaient également mentionnées une polyarthrite rhumatoïde, des apnées du sommeil et une hypothyroïdie ;
- un rapport de la Dre C_____ du 3 mars 2023, indiquant que sa patiente se plaignait toujours de douleurs articulaires et de l'incapacité à conserver une position assise ou debout prolongée ; il y avait eu peu d'évolution depuis le début de la prise en charge, en 2012 ; une longue hospitalisation était intervenue en 2022 pour décompensation anxieuse et dépressive sur épuisement psychique prolongé ; selon le médecin, la capacité de travail de sa patiente était fortement limitée en raison des douleurs, de l'anxiété et des troubles de l'attention ;
- l'avis émis par le SMR en date du 7 juin 2023, indiquant qu'après examen des pièces versées au dossier, il ne pouvait suivre l'avis des Dres C_____ et H_____ ; en effet, sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif était décrit comme sévère, alors même que la thymie était qualifiée de plus stable et la tristesse en diminution, avec un retour du plaisir aux activités, d'une part, et

que le traitement de Saroten avait cessé, d'autre part ; il était relevé que les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, d'apnées du sommeil et d'hypothyroïdie, évoqués par le psychiatre, n'étaient pas de son ressort psychiatrique, qu'ils n'étaient pas mentionnés par le médecin-traitant et qu'au demeurant, aucun suivi rhumatologique n'avait cours ; qui plus est, malgré ses plaintes douloureuses, l'assurée n'était traitée qu'avec de la Pregabalin ; au vu de ces éléments, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était préconisée, afin d'évaluer la capacité de travail.

c. Les experts J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K_____, spécialiste en rhumatologie, auprès de L_____, ont rendu leur rapport en date du 6 novembre 2023. Ils n'ont retenu aucune atteinte invalidante et aucune limitation fonctionnelle.

d. Le 13 novembre 2023, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé pour des raisons psychiques durant une courte période. Il a admis une incapacité totale de travail du 2 mars 2022 au 30 août 2022. Par la suite, il a considéré que l'assurée s'était rétablie. On ne pouvait toutefois retenir, par rapport à la précédente expertise, une amélioration de l'état de santé notable et durable, mais plutôt un retour à la capacité de travail exigible de 50% retenue précédemment. Le SMR a estimé que si, effectivement, les diagnostics retenus par les experts rhumatologue et psychiatre, ainsi que celui d'endométriose III-IV pouvaient être considérés comme non invalidants pris isolément, leur combinaison justifiait l'incapacité de travail de 50% retenue dans l'avis émis par le SMR en septembre 2019.

e. Par décision du 28 mai 2024, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à l'augmentation de sa demi-rente d'invalidité et à une rente entière de manière transitoire, du 1^{er} août au 30 novembre 2022. À compter du 1^{er} décembre 2022, son droit à une rente a été réduit à nouveau à 50%.

À l'issue de l'instruction du dossier, l'OAI a admis une détérioration de la capacité de gain du 2 mars au 30 août 2022, période durant laquelle l'incapacité de travail a été totale et correspondait au degré d'invalidité, soit 100%. La rente ne pouvant être augmentée que trois mois après l'aggravation et, au plus tôt, le mois où la demande de révision avait été déposée, soit en l'occurrence le 1^{er} août 2022, c'est à cette date-là que prenait naissance le droit à une rente entière.

L'OAI a en revanche considéré qu'à compter du 1^{er} septembre 2022, l'assurée avait recouvré sa capacité de travail antérieure, soit 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dès le 1^{er} décembre 2022, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, le droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% a été rétabli.

C. a. Par écriture du 29 juin 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

En substance, elle allègue qu'il lui était matériellement impossible de travailler à 50% dès septembre 2022, en raison d'un suivi ambulatoire mis en place trois jours

par semaine à l'hôpital de jour de la clinique I_____, suivi qui a duré jusqu'à fin janvier 2023.

Pour le surplus, l'assurée s'est étonnée de la durée de cotisations et du revenu annuel moyen retenus pour calculer son droit à la rente.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 septembre 2024, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé se réfère à l'avis exprimé par le SMR en date du 13 novembre 2023. L'intimé souligne que le SMR s'est écarté des conclusions de l'expertise s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, mais que, dans la mesure où il l'a fait en expliquant en détail et de manière cohérente et convaincante les raisons pour lesquelles il admettait une incapacité de travail de 50%, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Quant aux éléments ayant servi de base au calcul de rente (durée de cotisation et revenu annuel moyen), l'intimé renvoie à la détermination de la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse), laquelle y explique son calcul de manière détaillée.

c. Par écriture du 30 octobre 2024, la recourante s'est déclarée satisfaite des explications fournies par la caisse s'agissant du calcul de sa rente.

Pour le reste, elle rappelle les atteintes dont elle souffre et répète que le suivi ambulatoire mis en place à sa sortie de clinique auprès de l'hôpital de jour – qui consistait en soins réguliers durant plus de 50% de la semaine – l'empêchait matériellement d'exercer une activité à temps partiel durant cette période.

d. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 28 novembre 2024.

La recourante a indiqué ne plus contester les bases de calcul de la rente d'invalidité (durée de cotisation et revenu annuel moyen).

En revanche, elle conteste la décision du 28 mai 2024 en tant qu'elle limite l'augmentation transitoire de sa rente à la période du 1^{er} août au 30 novembre 2022.

La recourante allègue que son hospitalisation à I_____ a pris fin en août 2022, prématurément, en raison de circonstances indépendantes de sa volonté et de celle de l'établissement : la cohabitation avec sa voisine de chambre posait problème, car elle était agressive et l'établissement était alors complet. C'est ce qui explique qu'elle ait pu bénéficier immédiatement d'un traitement ambulatoire, alors qu'en général, un laps de temps d'un mois s'écoule avant que celui-ci ne soit mis en place. De septembre 2022 à fin janvier 2023, elle a été suivie à I_____ en ambulatoire trois jours par semaine, de 9h15 à 16h30. *De facto*, il lui était donc impossible d'assumer une activité à 50%.

e. Par écriture du 17 décembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions. La période de suivi ambulatoire à la clinique I_____, de septembre 2022 à janvier 2023, ne justifie pas une incapacité de travail.

f. Par écriture du 31 janvier 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Après être revenue en détails sur son parcours médical, elle maintient, s'agissant du suivi en ambulatoire, que c'est un médecin qui l'a prescrit et fait remarquer que l'assurance-maladie en a accepté la prise en charge. Elle explique que ce suivi a consisté en trois jours par semaine, soit le maximum possible, durant lesquels s'enchaînaient ergothérapie, sport, séances de groupe, art-thérapie, relaxation, ou encore entretiens.

Pour le surplus, elle participe à de nombreux groupes comme les narcotiques anonymes, les alcooliques anonymes ou encore les dépendants affectifs anonymes, ce qui l'empêche de travailler.

g. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.4 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, le recours est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de n'augmenter la demi-rente allouée à l'assurée à une rente entière que pour une période limitée du 1^{er} août au 30 novembre 2022.

3.

3.1 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).

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).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

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, à compter de cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

On rappellera déjà que lorsqu'un droit à la rente a pris naissance antérieurement au 1^{er} janvier 2022, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, pour les bénéficiaires de rente qui n'avaient pas encore 55 ans à cette date, conformément à la let. b des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020 (ci-après : dispositions transitoires de la LAI).

Pour ces assurés, l'ancien système de rente est maintenu jusqu'au moment où, lors d'une révision, le taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de

pourcentage (*cf.* art. 17 al. 1 LPGGA) et si cette modification comporte soit une augmentation du taux d'invalidité qui a pour effet une augmentation de la quotité de la rente, soit une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (*cf.* let. b al. 1 et 2 dispositions transitoires de la LAI). Dans ce cas, la fraction de la rente est adaptée aux nouvelles dispositions et transférée dans le nouveau système de rentes linéaire. En revanche, si la modification du taux d'invalidité n'atteint pas 5 points de pourcentage, il n'y a pas révision ; le taux d'invalidité reste inchangé et l'assuré conserve son droit à la rente en l'état, à savoir soumis aux dispositions de l'ancien droit. Tel est également le cas si la modification du taux d'invalidité est supérieure ou égale à 5 points de pourcentage et que l'application du nouveau système conduit soit à une diminution de la quotité de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité, soit à une augmentation de la quotité de la rente en cas de diminution du taux d'invalidité (OFAS, circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire valable dès le 1^{er} janvier 2022 [circ. DROIT DC AI], ch. 2004 à 2008).

4.

4.1 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 LPGGA, 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).

4.2 L'art. 17 al. 1 LPGGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :

- a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
- b. atteint 100%.

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 LPGGA (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).

4.3 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^{er} 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^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

4.4 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).

4.5 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

5.

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

5.2 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).

5.3 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au nombre desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

5.4 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible

d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

5.5 Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

5.6 Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la

prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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 l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et,

par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 n. 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 distincte. 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_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

6.2 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 ; 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).

7. En l'espèce, l'aggravation transitoire ayant justifié l'octroi d'une demi-rente en lieu et place d'une rente entière à compter du 1^{er} août 2022 n'est pas contestée par les parties. La recourante conteste en revanche le retour à une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 2022, soit trois mois après l'amélioration invoquée par l'intimé. La recourante argue principalement que, jusqu'en janvier 2023, le suivi ambulatoire auprès de la clinique I_____ l'empêchait matériellement d'exercer une activité à mi-temps, argument écarté par l'intimé sur la base de l'avis des experts et du SMR. La recourante semble également contester, de manière générale, la capacité de travail de 50% reconnue par l'intimé, au-delà même de la période de suivi ambulatoire.

À cet égard, il convient d'examiner d'abord la valeur probante de l'expertise réalisée en novembre 2023. On notera que le rapport remplit formellement tous les réquisits jurisprudentiels, en ce sens qu'il se fonde sur une anamnèse détaillée,

des examens cliniques de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a au surplus été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante.

Quant au fond, les experts ont dûment motivé leurs conclusions. L'examen rhumatologique a été qualifié d'identique à celui pratiqué en janvier 2019, dont l'expert rhumatologue a indiqué rejoindre l'intégralité des conclusions. La fibromyalgie a été confirmée. Il a été constaté que la connectivite indifférenciée était stable depuis de nombreuses années et ce, sans aucun traitement. L'expert en a tiré la conclusion que l'état rhumatologique de l'assurée ne justifiait en l'état aucune mesure thérapeutique. La capacité de travail, d'un point de vue rhumatologique, que ce soit dans une activité adaptée ou dans l'activité habituelle, était de 100% depuis toujours, sans aucune restriction. À cet égard, la Cour de céans constate, à l'instar du SMR, dans son avis du 7 juin 2023, que le rapport émanant de son médecin traitant n'amène aucun élément permettant de s'écarter des conclusions de l'expert rhumatologue. En effet, la Dre C_____ confirme que l'état de santé somatique de sa patiente n'a que peu évolué depuis 2012, corroborant ainsi les constatations de l'expert quant à un état superposable à celui ayant fait l'objet de l'expertise de janvier 2019. En définitive, le médecin traitant, en concluant à une capacité de travail fortement limitée de sa patiente, ne fait qu'émettre un avis divergeant fondé sur un même état de fait.

Au plan psychiatrique, l'expert a pris acte du fait que l'assurée a été hospitalisée en mars 2022 en admission volontaire à la clinique I_____ avec un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode sévère. À cet égard, il a néanmoins relevé que le dosage du traitement de Saroten prescrit à la sortie de l'assurée était inférieur à celui recommandé pour le traitement de la dépression et donc incohérent – tout comme la description clinique – avec un diagnostic aussi sévère que celui d'épisode dépressif sévère. Il a souligné par ailleurs que le TDAH n'avait empêché l'assurée ni d'obtenir son certificat fédéral de capacité, ni de se former en cours d'emploi à la comptabilité, ni encore de travailler de nombreuses années. À l'examen clinique, ni symptôme dépressif d'une sévérité significative, ni tristesse, ni ralentissement psychomoteur, ni trouble de la concentration ou de l'attention n'ont été observés, raison pour laquelle le trouble a été jugé en rémission complète. Là encore, les conclusions de l'expert psychiatre rejoignent celles de l'expert précédent : en 2019, le Dr G_____ avait également constaté l'absence de la moindre atteinte psychique invalidante. Comme relevé par l'expert, les conclusions de la Dre H_____, tant au niveau des diagnostics retenus que de l'incapacité totale de travail alléguée, n'apparaissent pas de nature à s'écarter des conclusions de l'expertise, vu les incohérences relevées par l'expert. D'autant moins que le rapport de sortie fait état d'une thymie plus stable et d'une tristesse en diminution et que l'expert n'a pour sa part retrouvé aucun symptôme d'une maladie psychique invalidante. La recourante elle-même,

d'ailleurs, indique que ce sont avant tout les troubles somatiques qui la handicapent dans son quotidien.

Cela étant, les experts ont noté l'absence de limitations uniformes du niveau des activités chez une assurée « aux normes » dans toutes les tâches de la vie quotidienne, la gestion de ses tâches administratives et de son budget, décrivant une semaine pleine d'activités – que ce soit des activités de soins, distractives ou de loisirs –, participant à de nombreuses réunions, faisant régulièrement du bénévolat, de la méditation, du yoga, des promenades, du badminton, de la balnéothérapie et fréquentant l'hôpital de jour une fois par semaine. L'assurée a expliqué rencontrer des amis, faire des massages, du bricolage et de la peinture, regarder des vidéos, notamment scientifiques, et utiliser un télescope. Il a été constaté qu'elle était autonome dans ses déplacements et s'était même remise à conduire sa voiture. Sur la base du descriptif de la journée type, de l'examen clinique et de l'anamnèse, l'expert psychiatre a conclu à l'absence de toute perte de fonctionnalité de nature psychiatrique.

Les experts ont souligné par ailleurs que l'assurée disposait de ressources, tant internes (l'assurée a réussi à se sevrer de plusieurs substances dont elle était dépendante, elle a démontré ses facultés d'apprendre en travaillant et son intérêt pour de nombreux domaines) qu'externes (elle peut compter sur ses parents, l'un de ses frères, une amie et sa psychiatre, et entretient de nombreux contacts et relations).

Le SMR, dans un avis dûment documenté et argumenté, a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait malgré tout, en faveur de la recourante, de l'évaluation par les experts de sa capacité de travail. Il a estimé que l'état de la recourante, considéré dans sa globalité et en tenant également compte de l'endométriose sévère dont souffre l'assurée, devait permettre d'admettre une réduction de sa capacité de travail de 50%, tout comme antérieurement à son hospitalisation, consécutive à une décompensation psychique transitoire et désormais en complète rémission. Cette argumentation, dont on rappellera une fois encore qu'elle est favorable à l'assurée, ne prête pas flanc à la critique.

Reste à considérer la date à partir de laquelle il convient d'admettre que la situation est revenue à son état antérieur. L'intimé considère que cela remonte à la sortie de clinique de la recourante, alors que cette dernière soutient que ce retour à l'état antérieur n'a pu se faire qu'à l'issue du suivi ambulatoire qui a succédé à son hospitalisation.

Cela étant, ainsi que le font remarquer l'intimé et le SMR, l'assurée avait bel et bien retrouvé ses facultés et ses ressources à sa sortie, compte tenu de l'état décrit dans le rapport y relatif. Certes, un suivi a été mis en place durant trois, puis deux jours par semaine jusqu'en janvier 2023, mais cela, à sa demande. Ainsi que le relève le SMR, il ressort du rapport d'hospitalisation de la clinique I_____ que c'est à la demande de l'assurée et en l'absence de danger immédiat qu'elle est

sortie définitivement le 27 août 2022. La prise en charge à l'hôpital de jour a également été organisée à sa demande. L'expert psychiatre a confirmé qu'au moment de la sortie, il y avait une tendance à la normalisation de la thymie, une amélioration de la qualité du sommeil, ainsi qu'une participation dynamique aux activités de soins proposées dans le cadre du groupe d'entraide, d'ergothérapie et de sport. Dans ces circonstances, la Cour de céans partage l'avis du SMR selon lequel on ne peut retenir la période de suivi ambulatoire comme incapacitante.

Dans ces conditions, la décision de l'intimé de limiter l'augmentation transitoire de la rente au 30 novembre 2022 n'apparaît pas critiquable.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Pascale HUGI

Karine STECK

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