

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3291/2025

ATAS/562/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2026

Chambre 16

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assurée) est née le _____ 1979 en République démocratique du Congo, mariée et mère de quatre enfants nés à Genève en 2005, 2008, 2013 et 2018.

b. Par formulaire signé le 5 décembre 2022, l'assurée a formulé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI et AI) une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente), en raison d'atteintes à la santé au dos, à la nuque et au genou existant depuis le 19 avril 2022.

B. **a.** Dans le questionnaire sur le statut reçu par l'OAI le 12 janvier 2023, l'assurée a indiqué avoir travaillé en dernier lieu avant son atteinte à la santé 4 à 17 heures (52%) comme femme de ménage pour B_____ SA.

b. Le 23 mars 2023, la docteure C_____, médecin généraliste, a rempli un rapport médical à l'attention de l'OAI.

Elle avait suivi l'assurée du 14 juillet 2016 au 27 juin 2022. Cette dernière avait présenté des lombalgies aiguës en avril 2022 ; l'IRM avait montré une hernie discale L5. Elle souffrait également de gonalgies gauches importantes sur déchirure méniscale et présence de quatre kystes, mais la patiente ne l'avait pas consultée pour ce problème. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail correspondaient aux lombalgies chroniques et à un problème du genou gauche, suivi par le docteur D_____, médecin généraliste. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail correspondaient à une opération cholécystectomie en février 2023. L'incapacité de travail était totale du 6 avril au 16 mai 2022, la suite ayant été prise en charge par un autre médecin.

c. Le 8 juillet 2023, le Dr D_____ a adressé un rapport à l'OAI.

L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 16 mai 2022. Dans les antécédents médicaux était indiquée une fibromyalgie. Dans les constats médicaux étaient mentionnées des douleurs dorso-lombaires, une coxalgie gauche et des brachialgies bilatérales. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail incluaient des hernies discales, cervicales et lombaires et une sacro-illite. Elle était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, la patiente était très limitée.

Il a joint à son rapport :

- un rapport de scanner du rachis cervical, dorsal, lombaire et bassin du 13 mai 2022, concluant à une hernie discale modérée lombaire ;
- un rapport de scanner du rachis lombaire, du bassin et des hanches du 8 août 2022, concluant à l'absence d'anomalie significative ;

- un rapport d'infiltration du rachis lombaire (L4-L5), bloc des branches D et G, sacro-iliaque D et G du docteur E_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, du 20 décembre 2022, retenant les diagnostics de discopathie L4-L5, bloc des branches et sacro-illite.

d. Le 29 avril 2024, les Drs E_____ et D_____ ont adressé un rapport à l'OAI.

La patiente souffrait de multiples douleurs, lombaires et sacro-iliaques x2 avec irradiation dans les deux membres inférieurs, surtout à gauche, et de douleurs cervicales et dans le genou gauche. Les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail correspondaient à une protrusion discale L3-L4/L4-L5 conflit racine L5, ainsi qu'une chondropathie stade II tibia externe et chondropathie rotulienne. Les diagnostics sans répercussion durable sur la capacité de travail incluaient une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une déchirure grade II CPMI (bénéficiait d'une toilette méniscale sans arthroscopie) et une discopathie C2-C3/C4-C5 sans conflit. La patiente était suivie depuis le 18 mai 2022. Le traitement correspondait à AINS + infiltration genoux et dos de temps en temps + arthroscopie genou G en 2022. Il y avait eu une bonne amélioration suite à l'arthroscopie du genou gauche, mais, devant une chondropathie tibiale et rotulienne, la douleur était [écriture illisible] et s'était déjà [écriture illisible] au genou droit. Il y avait une douleur constante cervicale et lombaire. Le pronostic était réservé. Elle était totalement incapable de travail dans l'activité habituelle (femme de ménage ou aide-soignante). Elle était capable de travailler dans une activité adaptée, à condition de trouver un métier adapté.

e. Dans une note sur le statut du 31 mai 2024, l'OAI a conclu à un statut mixte de 52% dévolus à l'activité professionnelle et 48% consacrés aux activités habituelles dans le ménage.

f. Le 2 juillet 2024, le service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR), soit pour lui le docteur F_____, a recommandé de poursuivre l'instruction auprès du médecin traitant de l'assurée, lequel estimait que l'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle et qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée, sans se prononcer de manière précise sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

g. Le 4 septembre 2024, la Dre C_____ a indiqué ne pas avoir revu la patiente depuis août 2023.

h. Le 11 octobre 2024, le Dr D_____ a répondu à une demande de renseignements de l'OAI.

En ce qui concernait le status détaillé, la patiente se plaignait de douleurs multiples, soit des douleurs lombaires avec lombo-sciatalgies bilatérales, des douleurs cervicales avec des névralgies brachiales bilatérales et des douleurs au niveau du genou gauche. La capacité de travail dans une activité strictement limitée aux limitations fonctionnelles pouvait être évaluée à 50%, à raison de 4 h/jour depuis le 28 avril 2024.

Il a notamment annexé à son courrier :

- un rapport d'IRM cervicale du 5 septembre 2022 concluant à l'absence de canal cervical étroit, à l'absence de myélopathie, à l'absence de conflit disco-radiculaire significatif, à des discopathies débutantes C2-C3 à C4-C5 non conflictuelles et à la rectitude de la colonne cervicale faisant suspecter une tension musculaire élevée ;
- un rapport d'IRM du genou gauche du 6 septembre 2022 concluant à un épanchement intra-articulaire modéré, à une chondropathie rotulienne, à une déchirure partielle grade 2 de la corne postérieure du ménisque interne, à l'absence de lésion méniscale externe et à la tuméfaction du tendon rotulien dans sa partie distale traduisant une tendinopathie avec bursite ;
- un rapport d'infiltration du rachis cervical (C2-C3/C3-C4/C4-C5) bloc des branches droite et gauche du Dr E_____ du 16 septembre 2022, le diagnostic étant des douleurs cervicales et bloc des branches gauche et droite ;
- un compte-rendu opératoire du 13 décembre 2022 du Dr E_____ concernant l'arthroscopie du genou gauche ;
- un rapport de scanner dorsal étage inférieur et lombo-sacré du 14 novembre 2023, constatant, s'agissant de l'espace intersomatique L3-L4, une discopathie modérée avec ostéophytose antérieure associée à une protrusion discale circonférentielle appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines et, par rapport à l'espace intersomatique L4-L5, une protrusion discale circonférentielle appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur les racines L5 à prédominance droite ;
- un rapport de scanner du genou gauche du 28 mars 2024 concluant à un épanchement intra-articulaire modéré interne et externe, à un aspect légèrement irrégulier de la corticale face interne de la rotule, à une petite lésion ostéochondrale du plateau tibial postéro-externe, à une ostéophytose condylienne antéro-interne, à l'absence de pincement significatif des compartiments interne et externe, à l'absence de calcification méniscale, à une discrète calcification de l'insertion du distale du tendon quadricipital, à une épaisseur normale des tendons quadricipital et rotulien, à une dystrophie osseuse et à l'absence de fracture.

i. Le 29 octobre 2024, le Dr F_____, pour le SMR, a indiqué que l'assurée présentait, d'une part, des douleurs cervicales avec des névralgies brachiales bilatérales sans corrélation radio-clinique et, d'autre part, des douleurs lombaires avec lombo-sciatalgies bilatérales et des douleurs au niveau du genou gauche avec une corrélation radio-clinique plausible. Il a proposé de suivre l'appréciation du Dr D_____, qui était cohérente, à savoir que l'activité habituelle n'était plus adaptée dès le 19 avril 2022 et la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% dès le 28 avril 2024 en lien avec plusieurs localisations du corps qui

étaient atteintes (au moins le rachis lombaire et le genou gauche) chez une assurée avec au niveau des antécédents une fibromyalgie.

S'agissant des atteintes incapacitantes, l'atteinte principale correspondait à des douleurs lombaires avec lombo-sciatalgies bilatérales (conflit avec les racines L5 D>G) et les autres atteintes étaient des gonalgies G persistantes (genou G opéré le 13 décembre 2022, épanchement modéré à l'imagerie de mars 2024), des douleurs cervico-brachiales bilatérales avec au niveau des antécédents une fibromyalgie. La capacité de travail était nulle, dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage de surface et dans une activité adaptée, dès le 19 avril 2022, puis de 50% dès le 28 avril 2024 dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, étaient exclues les activités nécessitant de travailler sur une échelle, un échafaudage, accroupi, à genoux, nécessitant des marches prolongées sur terrain accidenté, au-dessus du niveau de la tête, avec des vibrations, des mouvements de rotation répétés du tronc et/ou en porte-à-faux, le port de charge de plus de 5 kg de manière répétitive.

j. Le 13 mars 2025 ont été versés à la procédure :

- un certificat médical du Dr D_____ du 11 mars 2025 attestant l'incapacité totale de travailler de sa patiente ;
- un rapport du 6 février 2025 concernant le RX colonne cervicale de face-profil et RX de face-oblique du jour précédent. S'agissant du RX colonne cervicale, il y avait une discrète scoliose à convexité gauche avec lordose physiologique diminuée et une ébauche ostéophyttaire antérieure en C6 sans discopathie. S'agissant du RX épaule gauche, les espaces articulaires acromio-claviculaires et gléno-humérales étaient d'épaisseur normale et il n'y avait pas de calcification à la hauteur du trochiter. S'agissant du RX épaule droite, il y avait une excroissance osseuse à la hauteur de l'apophyse acromiale, la tête humérale avait la sphéricité conservée, les articulations acromio-claviculaires et gléno-humérales étaient conservées et il n'y avait pas de calcification à la hauteur du trochiter.

k. Dans son rapport du 14 mars 2025 relatif à l'enquête économique sur le ménage menée le 10 mars 2025, le service des évaluations AI a conclu à un empêchement de 24.8% avant obligation de réduire le dommage et à un empêchement nul après prise en compte de l'aide exigible des membres de la famille de l'assurée.

l. Le 17 avril 2025, la permanence réadaptation de l'OAI a considéré que, comme tenu de la situation de l'assurée, à savoir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, son parcours professionnel et les gains réalisés, il apparaissait que des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage, n'étaient pas simples et adéquates et n'étaient donc pas indiquées. Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvraient le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il devait être admis qu'un nombre

significatif d'entre elles, ne nécessitant pas de formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée, par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, ouvrière à l'établi (conditionnement léger) ou encore des activités d'accueil.

m. Le 21 mai 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente s'élevant à 52% d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2023 au 31 juillet 2024, son droit à la rente s'éteignant à cette dernière date.

n. Par décision du 14 août 2025, notifiée par pli simple, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente à 52% d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2023 au 31 juillet 2024.

Son statut était celui d'une personne se consacrant à 52% à son activité professionnelle et à 48% à l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage. À l'échéance du délai d'attente, le 19 avril 2023, elle était incapable de travailler dans toute activité. Conformément aux constats lors de l'enquête ménagère à domicile, elle ne présentait aucun empêchement dans l'accomplissement de ses travaux habituels, en tenant compte de l'exigibilité des membres de sa famille. Elle avait un degré d'invalidité de 52%. Le droit à la rente naissait le 1^{er} juin 2023. Dès le 28 avril 2024, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Son invalidité pour l'activité professionnelle était de 56.83% (revenu sans invalidité de CHF 51'486.- - revenu avec invalidité de CHF 22'229.- = perte de revenu de CHF 29'257.-). Après prise en compte de la part professionnelle et de la part ménagère, son degré d'invalidité était de 30%, inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à la rente. Son droit à la rente prenait fin au 31 juillet 2024, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

S'agissant des mesures professionnelles, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier, un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, était adapté à son état de santé.

o. Dans un certificat du 18 août 2025, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assurée s'était nettement aggravé depuis juillet 2024, avec des lombalgies aiguës, avec irradiations vers la cuisse droite, et des douleurs avec tuméfaction au niveau de la hanche droite.

Il a joint à son certificat :

- un rapport de scanner rachis cervical et épaule droite du 13 mars 2025, concluant, s'agissant du rachis cervical, à une ébauche ostéophytaire antérieure en C6 sans discopathie, à un débors discal postérieur en C3-C4 sans conflit radiculaire, à des canaux radiculaires symétriques et libres, à l'absence d'image d'uncarthrose et à l'absence de tassement vertébral, ainsi que, s'agissant du scanner de l'épaule droite, à un os accessoire au voisinage de l'acromion, mais sans conflit visible, à un espace articulaire gléno-huméral

d'épaisseur normale, à un tendon du long chef du biceps dans sa gouttière bicipitale, à l'absence de calcification à la hauteur du trochiter et à l'absence de lésion visible de la musculature ;

- un rapport de scanner de la hanche droite du 14 avril 2025 concluant à un discret pincement coxo-fémoral postérieur et des images lacunaires sous le cotyle supérieur et postérieur pouvant traduire des kystes synoviaux d'hyperpression ;
- un rapport d'échographie de la hanche droite du 15 avril 2025 concluant à une tuméfaction modérée de l'insertion du tendon du fessier moyen atteignant 6 mm d'épaisseur et de structure relativement hypoéchogène traduisant une discrète tendinopathie fessière ;
- un rapport de scanner de la colonne lombo-sacrée du 16 avril 2025 concluant à une discarthrose en L3-L4 avec protrusion discale circonférentielle de localisation médiane, paramédiane et foraminale droite sans conflit radiculaire, une ébauche de hernie discale en L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite en contact avec la racine L5 droite, une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures, une ébauche de hernie ombilicale, une formation hypodense de 2.6 x 3.4 cm de localisation para-utérine gauche et de densité de 15 U.H pouvant traduire un kyste ovarien.

p. Le 25 août 2025, l'OAI a rappelé à l'assurée qu'un recours pouvait être formé contre sa décision du 14 août 2025.

- C.** **a.** Par acte du 23 septembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 14 août 2025, exprimant son étonnement que la rente à 52% ait été limitée à la période du 1^{er} juin 2023 au 31 juillet 2024, contestant toute amélioration de son état de santé, laquelle s'était plutôt détériorée, et indiquant que le Dr E_____ restait disponible pour toute information complémentaire et qu'elle était à disposition pour se soumettre à des contre-expertises.

Elle ne comprenait pas pourquoi l'OAI considérait que, depuis le 31 juillet 2024, elle était opérationnelle pour le travail, alors que tous ses médecins pensaient que sa santé avait continué à se dégrader. Le 22 août 2025, elle avait déposé tous les rapports médicaux du Dr D_____. Elle aurait bien voulu continuer à travailler, mais son corps semblait la lâcher et elle se trouvait dans une situation pire que celle de la période du 1^{er} juin 2023 au 24 juillet 2024.

b. Par réponse du 21 octobre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La capacité de travail retenue par l'OAI était conforme à l'avis du médecin traitant de l'assurée. Le SMR avait en effet préconisé de suivre l'appréciation médicale du Dr D_____, cohérente, et de retenir que l'activité habituelle n'était plus adaptée dès le 19 avril 2022 et que la capacité de travail dans une activité

adaptée était de 50% dès le 28 avril 2024. Toutes les atteintes à la santé de l'assurée avaient été prises en compte. Aucun élément objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du SMR et de l'OAI n'avait été apporté par l'assurée.

c. Le 6 novembre 2025, l'assurée a produit, outre des pièces figurant déjà à la procédure, un rapport de RX hanche droite de face, en incidence de Lequesne du 11 avril 2025, un rapport de RX thorax face-profil du 16 juin 2025 concluant notamment à une scoliose dorsale à convexité droite, un rapport de scanner thoracique du 19 juin 2025 et un rapport d'angio-scanner cardiaque du 19 juin 2025.

d. Le 15 décembre 2025, l'assurée a versé à la procédure un certificat médical du 8 décembre 2025 du Dr D_____, indiquant que depuis le 28 avril 2024, son état s'était détérioré et qu'elle était alors en incapacité d'exercer une quelconque activité, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique. En plus de ses plaintes somatiques, elle avait une réaction avec un syndrome dépressif latent.

e. Les 15 décembre 2025 et 12 janvier 2026, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

Le SMR avait abouti à la conclusion que les pièces médicales produites le 6 novembre 2025 ne permettaient pas de modifier son appréciation des faits. Le certificat médical du 8 décembre 2025 ne permettait pas non plus à l'OAI de modifier son appréciation des faits.

Dans l'avis médical du 11 décembre 2025 annexé, le SMR estimait que ses conclusions du 29 octobre 2024 restaient valides. Il n'y avait pas de conflit décrit entre les différentes entités anatomiques au sein des rapports radiographiques. Il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif significatif au niveau lombosacré susceptible de modifier ses conclusions. La présence chez l'assurée d'une ostéophytose antérieure en C6 sans discopathie au niveau cervical, d'un os accessoire (2.4 x 8.8 mm) au voisinage de l'acromion mais sans conflit visible, d'une discrète tendinopathie fessière au niveau de la hanche droite n'étaient pas susceptibles d'apporter, en l'état actuel du dossier, de nouvel élément significatif en faveur d'une nouvelle atteinte à la santé incapacitante de manière notable et durable.

f. Le 12 janvier 2026, l'OAI a persisté dans ses conclusions, le certificat médical du Dr D_____ du 8 décembre 2025 ne lui permettant pas de modifier son appréciation des faits.

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 Le recours a été interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Par ailleurs, l'intimé, qui supporte le fardeau de la notification (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 du 6 avril 2020 consid. 1.1.1), a indiqué que la décision a été notifiée par pli simple, de sorte qu'il n'est pas en mesure d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la date de notification (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 124 V 400 consid. 2a et 2b ; 121 V 5 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). Il ne fait d'ailleurs pas valoir que le recours serait tardif. Il doit donc être considéré que le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours est par conséquent recevable.

2. **2.1** L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

2.2 En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'octroi d'une rente invalidité de 52% d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2023 au 31 juillet 2024, ni le refus d'octroi de mesures professionnelles.

Le litige porte dès lors uniquement sur la décision de l'intimé en tant qu'elle met fin au droit à la rente de 52% d'une rente entière d'invalidité au 31 juillet 2024.

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

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 (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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGa, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (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).

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

3.4 En l'espèce, tant la naissance du droit à la rente que la modification de circonstances ayant conduit à la suppression du droit à la rente et ladite suppression sont postérieures à l'entrée en vigueur du nouveau droit.

Celui-ci est partant applicable au litige et les dispositions seront citées dans la teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

4. La recourante affirme que le versement de la rente aurait dû se poursuivre après le 31 juillet 2024.

4.1 L'art. 17 al. 1 LPGa dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

4.2 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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{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 8C_138/2025 du 3 juillet 2025 consid. 5.2.4 et la référence ; 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

4.3 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).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple les revenus sans et avec invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références).

4.4 L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente

ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

5. **5.1** A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

5.2 Une rente 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 (art. 28 al. 1bis LAI).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé

(principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

6. 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).

6.1 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).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGa de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des

indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS], Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], ad art. 49 al. 1bis, p. 60).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

6.3 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.

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

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

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).

6.3.2 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 LPGa) 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).

6.3.3 Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

6.3.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. **7.1** 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).

7.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

7.4 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 références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

- 8.** **8.1** En l'espèce, l'intimé a retenu que, dès le 28 avril 2024, la recourante avait recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée, ce qui l'a conduit à conclure à un taux d'invalidité de 56.83% pour la part professionnelle et de 30% après prise en compte de la part dévolue aux activités habituelles dans le ménage, et à mettre en conséquence fin au droit à la rente le 31 juillet 2024. Pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 29 octobre 2024. Le recourante conteste toute amélioration de son état de santé, indiquant que celui-ci se serait plutôt détérioré.

8.2 Dans son avis du 29 octobre 2024, le SMR a expliqué que l'assurée présentait d'une part des douleurs cervicales avec des névralgies brachiales bilatérales sans corrélation radio-clinique et, d'autre part, des douleurs lombaires avec lombosciatalgies bilatérales et des douleurs au niveau du genou gauche avec une corrélation radio-clinique plausible et a proposé de suivre l'appréciation du Dr D_____, qui était cohérente. Il a ainsi retenu, comme atteintes incapacitantes, des douleurs lombaires avec lombosciatalgies bilatérales (conflit avec les racines L5 D>G), des gonalgies G persistantes (genou G opéré le 13 décembre 2022, épanchement modéré à l'imagerie de mars 2024) et des douleurs cervico-brachiales bilatérales avec au niveau des antécédents une fibromyalgie. Il a

conclu, en raison de ces diagnostics, à une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 19 avril 2022, puis de 50% dès le 28 avril 2024 dans une activité adaptée, en lien avec plusieurs localisations du corps qui étaient atteintes (au moins le rachis lombaire et le genou gauche) chez une assurée avec au niveau des antécédents une fibromyalgie. Il a considéré, au niveau des limitations fonctionnelles, qu'étaient exclues les activités nécessitant de travailler sur une échelle, un échafaudage, accroupie, à genoux, nécessitant des marches prolongées sur terrain accidenté, au-dessus du niveau de la tête, avec des vibrations, des mouvements de rotation répétés du tronc et/ou en porte-à-faux ainsi que le port de charge de plus de 5 kg de manière répétitive.

L'appréciation du Dr D_____ sur laquelle s'est fondé le SMR correspond à la réponse de ce médecin à la demande d'informations de l'intimé du 11 octobre 2024. Dans ce rapport, le Dr D_____ a exposé, comme status détaillé, que la patiente se plaignait de douleurs multiples, soit des douleurs lombaires avec lombo-sciatalgies bilatérales, des douleurs cervicales avec des névralgies brachiales bilatérales et des douleurs au niveau du genou gauche, faisant référence aux rapports médicaux annexés, et a conclu à une capacité de travail dans une activité strictement limitée aux limitations fonctionnelles de 50%, à raison de 4 h/jour, depuis le 28 avril 2024. Dans un précédent rapport, du 29 avril 2024, le Dr D_____, avec le Dr E_____, avait déjà considéré l'exercice d'une activité adaptée possible, sans toutefois préciser le taux, ni indiquer depuis quand.

Le Dr D_____ a joint à son appréciation du 11 octobre 2024, outre différents rapports remontant à 2022 et 2023, le rapport de scanner du genou gauche de la recourante du 28 mars 2024, qui conclut à un épanchement intra-articulaire modéré interne et externe, à un aspect légèrement irrégulier de la corticale face interne de la rotule, à une petite lésion ostéochondrale du plateau tibial postéro-externe, à une ostéophytose condylienne antéro-interne, à une discrète calcification de l'insertion du distale du tendon quadricipital, à une épaisseur normale des tendons quadricipital et rotulien et à une dystrophie osseuse, le retour d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée étant ainsi fixée à un mois de cet examen. Sur cette base, le SMR a ensuite retenu que le genou droit avait été opéré le 13 décembre 2022 et que l'épanchement était modéré à l'imagerie de mars 2024. Il découle de ce qui précède que l'amélioration de l'état de santé ayant abouti à une capacité de travail partielle dans une activité adaptée découle d'une amélioration de la situation de santé relative au genou gauche de la recourante, ce que confirme le rapport des Drs D_____ et E_____ du 29 avril 2024, qui retient une bonne amélioration suite à l'arthroscopie du genou gauche et conclut à une capacité de travail dans une activité adaptée.

Ainsi, le rapport du SMR rejoint ceux des médecins traitants de la recourante, de sorte que rien n'apparaît à ce stade le mettre en doute et que l'amélioration de l'état de santé de la recourante, constitutive d'un motif de révision au sens de

l'art. 17 LPGA et justifiant l'octroi d'une rente limitée dans le temps, semble *a priori* établie.

8.3 La recourante a néanmoins transmis à l'intimé, en août 2025, un certificat médical du Dr D_____ du 18 août 2025. Dans celui-ci, ce médecin considère que l'état de l'assurée s'est nettement aggravé depuis juillet 2024, avec des lombalgies aiguës, avec irradiations vers la cuisse droite, et des douleurs avec tuméfaction au niveau de la hanche droite. Le Dr D_____ a annexé à son certificat le bilan radiologique de la recourante relatifs à des examens effectués en mars et avril 2025. Il apparaît donc que la recourante n'apporte pas des éléments pour contester l'amélioration de l'état de santé mais allègue une aggravation postérieure à ladite amélioration.

Dans son avis du 11 décembre 2025, prenant en compte les différents rapports d'imagerie des examens effectués entre le 6 février et le 19 juin 2025 produits par la recourante durant la procédure devant la chambre de céans, le SMR a estimé que ses conclusions du 29 octobre 2024 restaient valides. Il n'y avait pas de conflit décrit entre les différentes entités anatomiques au sein des rapports radiographiques.

S'agissant du premier point soulevé par le Dr D_____ dans son certificat du 18 août 2025, soit les lombalgies aiguës avec irradiations vers la cuisse droite, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif significatif au niveau lombosacré susceptible de modifier ses conclusions du 29 octobre 2024.

L'avis du 29 octobre 2024, reposait, à ce niveau-là, sur le rapport de scanner dorsal étage inférieur et lombo-sacré du 14 novembre 2023, constatant, s'agissant de l'espace intersomatique L3-L4, une discopathie modérée avec ostéophytose antérieure associée à une protrusion discale circonférentielle appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines et, par rapport à l'espace intersomatique L4-L5, une protrusion discale circonférentielle appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur les racines L5 à prédominance droite.

Le rapport de scanner de la colonne lombo-sacrée du 16 avril 2025, figurant dans le bilan radiologique annexé au certificat du Dr D_____ du 18 août 2025, conclut lui à une discarthrose en L3-L4 avec protrusion discale circonférentielle de localisation médiane, paramédiane et foraminale droite sans conflit radiculaire, une ébauche de hernie discale en L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite en contact avec la racine L5 droite, une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire et à une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures.

Le SMR a souligné les termes « sans conflit radiculaire » et « ébauche », ce qui va dans le sens de l'absence de conflit décrit entre les différentes entités anatomiques au sein des rapports radiographiques qu'il a retenu. Il a également souligné les

termes « en contact », mais le scanner du 14 novembre 2023 soulignait déjà, l'espace intersomatique L4-L5, une protrusion discale circonférentielle appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur les racines L5 à prédominance droite, ce qui va dans le sens de l'absence d'élément nouveau.

Ces éléments confirment l'absence de nouvel élément médical objectif significatif au niveau lombosacré retenu par le SMR. Le Dr D_____ n'indique d'ailleurs pas quel élément des conclusions radiologiques au niveau lombo-sacré constitueraient une aggravation de l'état de santé de la recourante.

S'agissant de l'autre point soulevé par le Dr D_____, soit la hanche droite, le SMR a retenu qu'une discrète tendinopathie fessière au niveau de la hanche droite n'était pas susceptible d'apporter, en l'état actuel du dossier, de nouvel élément significatif en faveur d'une nouvelle atteinte à la santé incapacitante de manière notable et durable.

En ce qui concerne les deux rapports annexés par le Dr D_____ à son certificat du 18 août 2025 concernant la hanche droite, le rapport de scanner de la hanche droite du 14 avril 2025 conclut à un discret pincement coxo-fémoral postérieur et des images lacunaires sous le cotyle supérieur et postérieur pouvant traduire des kystes synoviaux d'hyperpression. Le rapport d'échographie de la hanche droite du 15 avril 2025 conclut à une tuméfaction modérée de l'insertion du tendon du fessier moyen atteignant 6 mm d'épaisseur et de structure relativement hypoéchogène traduisant une discrète tendinopathie fessière. Durant la procédure devant la chambre de céans, la recourante a encore produit, s'agissant de sa hanche, un rapport du RX hanche droite de face, en incidence de Lequesne du 11 avril 2025, ne relevant aucune particularité.

Ces éléments concordent avec l'appréciation du SMR, qui a souligné les termes « discret » et « discrète » inclus dans ces rapports, et confirment donc sa conclusion d'absence de nouvel élément objectif significatif en relation avec la hanche droite.

Si le Dr D_____ n'a pas évoqué dans son certificat les éléments au niveau cervical et de l'épaule droite dans le cadre de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, le SMR a inclus ces points dans son examen du 11 décembre 2025. Le rapport de RX colonne cervicale de face-profil et RX de face-oblique du 6 février 2025 conclut, s'agissant du RX colonne cervicale, à une discrète scoliose à convexité gauche avec lordose physiologique diminuée et une ébauche ostéophyttaire antérieure en C6 sans discopathie, et, s'agissant du RX épaule droite, à une excroissance osseuse à la hauteur de l'apophyse acromiale et le rapport de scanner du 13 mars 2025 à un os accessoire (3.4 x 8.8 mm) au voisinage de l'acromion sans conflit visible. Le SMR a souligné, sur la base de ces rapports que l'ostéophytose antérieure en C6 était « sans discopathie » et que l'os au voisinage de l'acromion était « accessoire » et « sans conflit visible », ce

qui ressort effectivement de ces rapports, pour conclure à l'absence de nouvel élément significatif, conclusion que rien ne permet de remettre en cause.

8.4 Dans un autre certificat médical du 8 décembre 2025, le Dr D_____ indique désormais que l'état de sa patiente s'est détérioré depuis le 28 avril 2024 et qu'elle est dans un état d'incapacité d'exercer une activité quelconque tant sur le plan somatique que psychique.

Outre le fait que le Dr D_____ n'est pas cohérent quant au moment depuis lequel il y a eu une aggravation de l'état de santé de la recourante, puisque dans le précédent certificat, il indiquait une aggravation depuis le mois de juillet 2024 alors qu'il indique cette fois une aggravation depuis le 28 avril 2024, étant relevé que son appréciation sur laquelle s'est basée le SMR pour rendre son avis du 29 octobre 2024 date du 11 octobre 2024 et ne soulevait pas d'aggravation antérieure à cette date, mais au contraire une amélioration, il convient de relever que ce certificat n'est pas motivé, n'explique pas en quoi l'appréciation du SMR du 11 décembre 2025, motivée et fondée sur les nouvelles pièces produites, serait erronée, et qu'une aggravation de l'état de santé par l'apparition d'une atteinte à la santé psychique, qui apparaît pour la première fois dans ce certificat, serait en tout état postérieure à la décision litigieuse, de sorte qu'elle n'est pas pertinente dans le cadre du présent litige.

8.5 En définitive, l'amélioration de l'état de santé de la recourante ayant conduit à la suppression de la rente d'invalidité de 52% d'une rente entière après le 31 juillet 2024 doit être considérée comme établie et rien ne permet de douter de la conclusion d'absence d'aggravation postérieure à cette date, mais antérieure à la décision litigieuse à laquelle a abouti le SMR.

8.6 Au regard de ce qui précède et du fait que la recourante a versé à la procédure les différents rapports d'imagerie ayant permis d'apprécier ses allégations, la chambre de céans disposait d'un dossier complet lui permettant de trancher le litige en toute connaissance de cause, sans que l'audition du Dr E_____ ou une expertise puisse mener à une autre issue. La chambre de céans pouvait dès lors renoncer à ces mesures d'instruction par appréciation anticipée des preuves.

- 9. 9.1** Pour le reste, la recourante ne remet pas en cause le calcul du degré d'invalidité ayant abouti à une invalidité, pour la part professionnelle, de 56.83%, dont il découle une invalidité globale de 30% après prise en compte de la part dévolue aux activités habituelles dans le ménage, et le calcul d'invalidité auquel a procédé l'intimé n'apparaît pas critiquable.

9.2 L'invalidité étant inférieure à 40%, l'intimé était fondé à supprimer le droit à la rente dès le 1^{er} août 2024, trois mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante.

- 10.** Dans ces circonstances, la décision litigieuse est conforme au droit et le recours à son encontre, mal fondé, sera rejeté.

- 11.** La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

**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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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