

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/688/2025

ATAS/732/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2025

Chambre 8

En la cause

A _____
représentée par Me Daniela LINHARES, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante; Yves MABILLARD et Maria
Esther SPEDALIERO, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le _____ 1987, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 15 janvier 2018 pour des problèmes de dos, trouble dépressif et migraines, atteintes mentionnées comme existant depuis 1998.
- b.** Le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 28 novembre 2017 a mis en évidence une scoliose en S avec composante de rotation, dextro-convexe dorsale et sinistro-convexe à la jonction dorso-lombaire sans évolution significative par rapport au comparatif. Il était noté une légère progression d'une ostéochondrose inter-vertébrale débutante L5-S1 latéralisée à gauche associée à une discopathie protrusive et un rétrécissement non significatif foraminaux L5-S1 gauche.
- c.** Dans son rapport daté du 6 février 2018 résumant les consultations, le docteur B _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen clinique était sans particularité. Lors de la consultation du 20 février 2018, il avait relevé une amélioration des céphalées qui étaient avant quotidiennes et qui survenaient désormais de 2 à 3 fois par semaine, l'intensité n'avait pas changé. À la consultation du 29 mars 2018, il était noté une amélioration des douleurs qui étaient moins intenses et moins fréquentes, elles étaient enclenchées et aggravées par le stress, il existait une amélioration des céphalées de l'ordre de 50%.
- d.** Il ressortait du rapport de consultation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 1^{er} mars 2018 que l'assurée présentait une scoliose idiopathique depuis l'adolescence avec actuellement une double courbure type Lenke 6C et une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche.
- e.** En date du 9 avril 2018, l'assurée a subi une spondylodèse D4-L4.
- f.** Dans son rapport du 30 mai 2018, le docteur C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée souffrait de scoliose idiopathique, de dorsolombalgies chroniques, de céphalées migraineuses et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive.
- g.** Le rapport d'IRM du 28 novembre 2018 a conclu à une discopathie de L5-S1 avec majoration du pincement discal et des remaniements inflammatoires Modic 1 des plateaux vertébraux adjacents, ainsi qu'une protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche venant au contact avec la racine S1 gauche en foraminaux.
- h.** Il découlait du rapport des HUG du 21 janvier 2019 que l'assurée présentait cliniquement une radiculopathie douloureuse S1 à gauche qui montrait radiologiquement le corrélat d'une hernie discale paramédiane L5-S1.
- i.** Selon le bilan multidisciplinaire PROMIDOS du 22 octobre 2019, l'assurée présentait une radiculopathie douloureuse S1 bilatérale, une correction de scoliose

par voie mini-invasive avec spondylodèse D4-L3 et fusion postérieure, une contrainte lombaire des 3 segments libres L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une arthropathie sacro-iliaque bilatérale.

j. Le 22 janvier 2020, l'assurée a subi une cholécystectomie en raison d'une lithiase vésiculaire symptomatique.

k. Une enquête à domicile a été diligentée le 24 août 2020, laquelle a conclu à un taux d'empêchement de 15,60% après prise en compte de l'exigibilité des proches.

l. Par projet de décision du 21 septembre 2020, confirmé par décision du 17 novembre 2020, l'OAI a refusé le droit à la rente.

m. Dans le cadre de la procédure de recours, l'assurée a produit des documents médicaux, dont notamment un rapport du 21 avril 2021 du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier développait suivre l'assurée depuis le 9 mars 2021. Elle présentait un trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2018, des difficultés liées à l'entourage immédiat, un probable fonctionnement intellectuel limite et des traits de personnalité limite dès le début de l'âge adulte. Il concluait à une totale incapacité de travail dans une activité de vendeuse. Dans une activité adaptée, une reprise à 50% serait envisageable dans un premier temps après amélioration, versus stabilisation sur le plan psychique. Il suggérait un bilan neurocognitif.

n. Par arrêt du 23 novembre 2021, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans) a admis le recours de l'assurée et annulé la décision litigieuse, considérant que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps. Le volet médical devait par ailleurs être complété notamment s'agissant du plan psychique.

B. a. Dans le cadre de l'exécution de l'arrêt cantonal, une expertise bidisciplinaire a été organisée au Centre d'expertises médicales (CEMed). Il ressortait du rapport d'expertise du 18 juillet 2022 émanant des docteurs E_____, psychiatre, et F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, que l'assurée présentait une personnalité émotionnellement labile, type borderline, sans rémission, de gravité actuellement moyenne ; ce diagnostic était partiellement incapacitant. L'assurée souffrait de lombalgies persistantes s'expliquant en partie par une discopathie L5-S1 relativement sévère sur l'imagerie récente et en partie par les sollicitations mécaniques exagérées sus et sous-jacentes à la fixation intervertébrale, ainsi que des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales sans substrat anatomique bien clair. La capacité de travail dans l'activité ménagère était de 60% en tenant compte d'une diminution de rendement de 10% depuis 2007 sauf durant les 4 premiers mois post-opératoires où elle était nulle. Dans l'activité de vendeuse, la capacité de travail était nulle depuis 2007. Dans une activité adaptée, la capacité de travail serait de 80%, soit 100% avec une diminution de rendement de 20%, à compter de 4 mois après l'intervention d'avril 2018. Auparavant et depuis la troisième

grossesse, la capacité de travail était de 60%. Une péjoration progressive des lombalgies était à craindre.

b. Par communication du 24 janvier 2023, l'OAI a octroyé une mesure de réinsertion professionnelle sous la forme d'un entraînement progressif du 30 janvier au 29 juillet 2023, visant une augmentation de la capacité de travail de 20% à 50%.

c. Selon le rapport de PRO entreprise sociale privée du 31 mars 2023, l'assurée présentait une importante fragilité psychique et émotionnelle, une fatigabilité conséquente malgré un taux de 20% et de très grandes difficultés de concentration malgré des tâches simples. Il était conclu qu'elle n'était pas apte à travailler sur le marché adapté. Les difficultés psychiques, physiques et cognitives faisaient obstacle à tout projet professionnel. La mesure a dès lors été interrompue après une présence de 21 jours.

d. Selon la lettre de sortie des HUG du 13 juin 2023, l'assurée avait séjourné à la Clinique de Crans-Montana du 30 mars au 19 avril 2023 afin d'être éloignée des facteurs de stress et pour un soutien psychologique.

e. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2023, le Dr C_____ a conclu à l'incapacité totale de travail de l'assurée, son état de santé s'étant aggravé. Il notait qu'elle avait traité ses douleurs en abusant des antalgiques et des anti-inflammatoires, ce qui avait provoqué de multiples ulcères gastriques. Elle avait consulté à plusieurs reprises les urgences des HUG pour nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, fatigue, maux de tête et vertiges. Il joignait notamment le rapport de gastroscopie du 14 novembre 2023 du docteur G_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, ainsi que des rapports des HUG des 1^{er} et 18 septembre et 7 octobre 2023.

f. Par projet de décision du 13 février 2024, l'OAI a refusé le droit à la rente et à des mesures professionnelles supplémentaires.

g. Dans son rapport du 5 avril 2024, le Dr D_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent depuis 2018 et un trouble de la personnalité dépendante. Une totale incapacité de travail était retenue dans toute activité. Il annexait le rapport de neuropsychologique du 22 mars 2024 qui émanait du professeur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de Madame I_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et neuropsychologue ASNP.

Ledit rapport mettait en évidence un fonctionnement intellectuel se situant dans la zone « *très faible* » à « *limite* » pour l'ensemble des indices évalués. Le profil cognitif présentait des difficultés au niveau de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, ainsi qu'au niveau des fonctions exécutives et des capacités visio-constructives. Les résultats avec des signes d'inattention et d'impulsivité étaient associés à un probable trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. L'assurée avait des capacités préservées dans la tâche de cognition sociale. Il était impossible d'envisager une réinsertion professionnelle.

h. Dans son avis du 1^{er} octobre 2024, le service médical régional AI (ci-après : le SMR) a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité depuis l'hospitalisation de mars 2023. Au vu des rapports du Dr D_____ des 5 avril et 4 septembre 2024, ainsi que de l'examen neuropsychologique du 22 mars 2024, l'état s'était aggravé.

i. Par projet de décision du 7 octobre 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} juillet au 31 octobre 2018, puis une rente entière à compter du 1^{er} mars 2024, ce qui a été confirmé par décision du 27 janvier 2025.

C. a. Par acte du 26 février 2025, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 27 janvier 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans interruption à compter du 1^{er} juillet 2018. Préalablement, elle sollicitait son audition et celle du Dr D_____. Elle développait que son état s'était péjoré depuis 2018.

b. Interpellé, l'intimé a conclu au rejet du recours par acte du 24 mars 2025.

c. Par écriture du 16 avril 2025, la recourante a persisté.

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 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.

2.1 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.

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).

2.2 En l'occurrence, la décision est postérieure au 1^{er} janvier 2022. Cependant, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en juillet 2018, soit six mois après le dépôt de la demande du 15 janvier 2018 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité ininterrompue à compter du 1^{er} juillet 2018.

4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

4.2 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.5 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne

peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

4.6 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

4.7 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

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

5.

5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

5.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.2.1 Dans l'ATF 141 V 281, 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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 sein 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_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1).

5.2.2 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 5.2.2 et la référence).

5.2.3 Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

5.2.4 Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

5.2.5 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 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).

6.2 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).

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.

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).

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).

6.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7.

7.1 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 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).

7.2 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).

7.3 En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente de la recourante est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88a RAI, à compter d'octobre 2018, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

7.4 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée

pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

7.5 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA.

La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

- 8.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties

pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.2 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 ; ATF 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 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10.

10.1 En l'espèce, la recourante conteste que son état de santé se soit amélioré en juillet 2018. L'intimé quant à lui s'appuie en particulier sur le rapport d'expertise du CEMed pour maintenir sa position.

10.2 Il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du CEMed.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, l'on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise bidisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé. Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise.

Cependant, sur le fond, force est de constater que l'expertise a été réalisée sans avoir actualisé le dossier médical, aucun document médical n'a été demandé pour connaître l'évolution de l'état de santé de la recourante.

Ainsi, sur le plan psychiatrique, les experts ne disposaient que du rapport du Dr D_____ du 9 mars 2021.

Les experts se sont donc positionnés sur la base d'un dossier incomplet.

S'agissant du volet rhumatologique, l'experte a indiqué qu'il « *était plus logique de la considérer actuellement comme mère au foyer puisque l'activité professionnelle de vendeuse s'est interrompue en 2007* » (page 16). Il apparaît dès lors que l'experte s'est à tort concentrée et focalisée sur la capacité ménagère de la recourante alors que l'arrêt de la Cour de céans du 23 novembre 2021 avait fixé qu'elle devait être considérée comme 100% active.

L'experte note également que l'intervention de 2018 n'a pas réussi à « *grandement* » améliorer la situation. En effet, les douleurs dorsales ont légèrement régressé, mais les douleurs lombaires se sont intensifiées nécessitant une prise en charge régulière en physiothérapie et une tentative d'infiltration au niveau discal ou facettaire en L5-S1. À cela s'ajoutaient des cervicalgies plus ou moins accompagnées de scapulalgies et/ou brachialgies (page 21).

Sous le chapitre « *évaluation médico-assurantielle* » en page 23, il est retenu que la situation clinique a plutôt tendance à s'aggraver ces dernières années.

La capacité de travail de 80% est fixée à 4 mois après l'intervention chirurgicale sans qu'on comprenne en quoi il y a une amélioration de l'état de santé vu les développements de l'experte rhumatologue.

En ce qui concerne le volet psychiatrique, le Dr E_____ note que le psychiatre traitant, le Dr D_____, a retenu dans son rapport de 2021 une capacité de travail nulle dans l'activité de vendeuse et de 50% dans une activité adaptée.

Or, dans son rapport du 21 avril 2021, le Dr D_____ a indiqué une reprise à 50% dans une activité adaptée, mais que celle-ci serait envisageable après amélioration/stabilisation sur le plan psychique, ce qui était à réévaluer d'ici à 4 à 6 mois d'évolution clinique.

Il est donc manifeste que l'experte psychiatre a fait une mauvaise interprétation de l'appréciation du Dr D_____.

L'experte psychiatre retient que, dans une activité adaptée comme dans l'activité de vendeuse, la recourante présentait une capacité de 100% avec une diminution de rendement de 20 à 30%. Une pleine capacité de travail pouvait être envisagée après reprise progressive de l'activité, étant précisé qu'une dégradation de l'expression du trouble de la personnalité ne pouvait être exclue en fonction notamment des événements de vie.

Il apparaît toutefois que l'évaluation consensuelle se limite à retenir la baisse de rendement de 20% fixée pour le volet physique.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retiendra que le rapport d'expertise du CEMed ne peut pas se voir accorder pleine valeur probante.

10.3 Reste à examiner les autres éléments médicaux au dossier.

Le rapport d'IRM du 28 novembre 2018, soit plusieurs mois après l'intervention, conclut à une discopathie de L5-S1 avec majoration du pincement discal et des remaniements inflammatoires Modic 1 des plateaux vertébraux adjacents, ainsi qu'une protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche venant au contact avec la racine S1 gauche en foraminal.

Quant au bilan multidisciplinaire PROMIDOS du 22 octobre 2019, il constatait que l'assurée présentait une radiculopathie douloureuse S1 bilatérale, une correction de scoliose par voie mini-invasive avec spondylodèse D4-L3 et fusion postérieure, une contrainte lombaire des 3 segments libres L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une arthropathie sacro-iliaque bilatérale.

L'expert rhumatologue fait également mention du peu de résultats de l'intervention.

Quant au volet psychique, dans son avis du 1^{er} octobre 2024, le SMR retient une aggravation depuis au moins mars 2023 en raison du séjour à la clinique de Crans-Montana ainsi que des rapports de mars et septembre 2024 du Dr D_____ et de l'examen neuropsychologique.

Or, à la lecture du rapport du Dr D_____ du 5 avril 2024, force est de constater que ce dernier explique que l'état psychique s'est nettement péjoré depuis 2018. L'évolution globale est notée comme stationnaire à peu favorable depuis le début de la thérapie en 2021, la seule amélioration consistant en une diminution du sentiment de tension et de l'intensité/fréquence des idées de mort. Il retient une capacité de travail nulle dans toute activité. Le rapport du 4 septembre 2024 était globalement similaire.

S'agissant du rapport d'évaluation neuropsychologique du 22 mars 2024, les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante et de dysthymie sont retenus depuis 2008, respectivement depuis 2018 pour le trouble dépressif récurrent. Il est développé qu'après son opération et l'installation de douleurs lombaires fortes, la recourante a manifesté une nouvelle péjoration de sa thymie avec irritabilité, sentiment de dévalorisation, idées noires, migraines, perte de l'élan vital et du plaisir compatible avec un épisode dépressif moyen avec en toile de fond un trouble de la personnalité dépendante. Il était impossible d'imaginer une réinsertion professionnelle dans ces conditions et sans rémission de l'épisode dépressif.

La mesure de réinsertion de début 2023 a par ailleurs été un échec. Il avait été constaté que la recourante présentait une importante fragilité psychique et émotionnelle, une fatigabilité conséquente malgré un taux de 20% et de très grandes difficultés de concentration malgré des tâches simples. Il était conclu qu'elle n'était pas apte à travailler sur le marché adapté. Les difficultés psychiques, physiques et cognitives faisaient obstacle à tout projet professionnel.

Dans son rapport du 30 mai 2018, le Dr C_____ notait que la recourante présentait notamment un sentiment de vide relationnel et existentiel, un sommeil perturbé, une tristesse, un manque de plaisir et d'intérêt, un sentiment de désespoir et de pessimisme marqué, des idées noires persistantes et une altération de penser et de se concentrer.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les éléments au dossier établissent que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré depuis 2018. Il est donc inutile de procéder aux auditions requises par la recourante.

L'intimé ne pouvait donc pas supprimer le droit à la rente entière du 1^{er} novembre 2018 au 29 février 2024.

Par conséquent, le recours sera admis, la recourante ayant droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2018 sans interruption.

La décision du 27 janvier 2025 sera modifiée en ce sens.

- 11.** Vu l'issue du recours, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet.
3. Réforme la décision du 27 janvier 2025 en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité sans interruption à compter du 1^{er} juillet 2018.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Nathalie KOMAISKI

Marie-Josée COSTA

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