

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/96/2024

ATAS/60/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2025

Chambre 16

En la cause

A _____
représentée par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

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.** Madame A_____, ressortissante de Bosnie-Herzégovine née le _____ 1969, est arrivée en Suisse 1997. Séparée de son époux avec lequel elle a eu trois filles, elle vit avec sa dernière fille, née en 2010, sa fille aînée, née en 1989 et en situation de handicap, ainsi que la fille de celle-ci, née en 2017.
- b.** Elle a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel genevois à 100% à compter du 1^{er} mars 2012. Dès le 28 mai 2015, elle s'est trouvée en état d'incapacité de travailler, raison pour laquelle elle a résilié son contrat de travail avec effet au 13 juillet 2015. Elle s'est alors inscrite au chômage.
- c.** Le 25 février 2015, elle a passé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) concluant à des discopathies dégénératives au niveau des trois derniers étages lombaires.
- d.** Le 26 octobre 2015, elle a formulé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI et AI).
- e.** Selon les rapports de la docteure B_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, des 15 novembre 2011, 29 avril 2016 et 20 décembre 2016, l'assurée souffrait de lombalgies chroniques depuis qu'elle avait commencé à travailler comme femme de chambre. Sa capacité de travail était pleine dans une activité adaptée, telle qu'un travail exercé en position assise ou changeante. Les limitations fonctionnelles étaient physiques : ne pas porter, ni soulever, ni déplacer. Dans le rapport du 20 décembre 2016, tout en indiquant que la capacité de travail était pleine, le médecin ajoutait qu'un état dépressif était certainement présent, vu la thymie triste et les troubles du sommeil.
- f.** Les 24 février, 16 mars et 27 mars 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a constaté que l'assurée se trouvait en incapacité de travail en raison d'une lombalgie chronique sur discopathie pluri-étagée et de douleurs au niveau du pied (*hallus vagus*) et qu'elle ne pouvait pas continuer son activité habituelle de femme de chambre. Les limitations fonctionnelles incluaient l'absence de position debout prolongée, de position de porte-à-faux, de port de charge de plus de 5kg de façon répétitive et 10 kg de temps en temps, de montée et descente d'escaliers et de position à genou et accroupie. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail, vraisemblablement largement en dessus de 50%, serait présente dès juillet 2016.
- g.** Du 3 avril 2017 au 30 juin 2019, l'assurée a travaillé pour une entreprise comme membre du personnel d'entretien pour le nettoyage de bureaux, à raison de 12h50 par semaine depuis le 1^{er} juin 2018.
- h.** Depuis le 1^{er} mai 2017, l'assurée est aidée par l'Hospice général.

i. Du 12 juin au 7 juillet 2017, l'assurée a effectué un stage auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), au conditionnement à 50%.

j. Par décision du 20 juin 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles à l'assurée, en incapacité de travail depuis le 28 mai 2015 mais dont la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100% depuis le 15 novembre 2015, la perte de gain étant nulle.

B. a. Le 16 juin 2020, l'assurée a passé une IRM du pied droit. La docteure C_____ a conclu à une enthésopathie fissuraire du faisceau central du fascia plantaire superficiel, sans déchirure, associée à des signes indirects en faveur d'une neuropathie de Baxter, à un réhaussement des fibres profondes du ligament collatéral médial, sans déchirure, à l'intégrité du plan ligamentaire collatéral latéral et à des traces de correction d'hallux valgus et d'ostéotomie de M5, sans complications visibles, avec une consolidation acquise.

b. Le 8 juillet 2020, le docteur D_____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a constaté que l'IRM confirmait le diagnostic de fasciite plantaire fissuraire avec une fissure au niveau du faisceau médial. Il existait également un œdème osseux modéré dans la région de l'enthèse de ce fascia sur le calcaneus.

c. Le 25 janvier 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

d. Le 29 janvier 2021, l'OAI a invité l'assurée à lui transmettre tous les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé. La nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision, entrée en force.

e. Le 19 avril 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

f. Les 12 mai et 1^{er} juin 2021, la Dre B_____ a indiqué à l'OAI que la situation de l'assurée avait évolué défavorablement, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, si bien qu'une réévaluation du droit à d'éventuelle prestations AI lui semblait indiquée. Ses lombalgies s'étaient péjorées, motivant la mise en place d'un suivi rhumatologique. Elle avait développé un état dépressif, pour lequel un suivi psychiatrique était en place depuis 2019 auprès de la docteure E_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et pour lequel elle était sous traitement de 225 mg de Venlafaxine par jour. Elle présentait une fasciite plantaire droite, en raison de laquelle elle se plaignait également de douleurs invalidantes.

g. Le 2 juin 2021, la Dre E_____ a adressé un rapport à l'OAI.

Étaient diagnostiqués un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), un état de stress post-traumatique (F43.1), des difficultés liées à l'entourage en raison de problèmes de couple et de santé de sa fille (F63.0) et un trouble somatoforme de type musculaire (F45.8 ; en rémission).

Avec le temps, et dans le contexte de la séparation de son époux et de la dégradation de sa santé somatique, elle avait présenté de plus en plus de rechutes dépressives (la première soignée en 2012). Le plus souvent, sa patiente était angoissée avec oppressions thoraciques, manque d'air ou sentiment d'étouffement avec peur de l'avenir, humeur dépressive, épuisement et abattement. Le sommeil était haché avec des nuits blanches fréquentes. Elle n'avait pas d'idéations noires ni de symptômes psychotiques. La péjoration de l'état dépressif était particulièrement fort depuis la mort de son père en août ou septembre 2020.

Du point de vue psychiatrique, les restrictions de santé étaient liées à la fatigue chronique, au manque de confiance en soi et de résistance lors de la confrontation aux obstacles. Les difficultés cognitives, comme la diminution de la mémoire, de la concentration et de l'attention augmentaient la diminution de la confiance en soi.

Elle était capable de travailler environ deux à trois heures par jour.

Elle était sous traitement de 150 mg d'Efexor et 1,5 mg de Lexotanil deux fois par jour, ce qui avait permis une amélioration évidente et une stabilité, jusqu'au décès de son père. Depuis son état restait instable, sans obtenir une rémission complète.

h. Le 11 août 2021, l'OAI a indiqué entrer en matière sur la demande et procéder à son instruction.

i. Le 8 septembre 2021, la Dre B_____ a adressé un rapport à l'OAI.

Sa patiente souffrait de lombalgies chroniques, d'un état dépressif chronique et d'une fasciite plantaire droite invalidante. Les lombalgies étaient en légère amélioration, mais restaient invalidantes. Le pronostic sur la capacité de travail était très réservé ; le médecin ne pensait pas que sa patiente puisse travailler. Le pronostic sur le potentiel de réadaptation était réservé. En raison de ses lombalgies chroniques, la douleur montait « ↑↑ » en anteflexion, elle avait de la difficulté à se redresser lorsqu'elle était penchée en avant et la douleur montait « ↑ » en position assise.

Elle a annexé à son rapport :

- un rapport du docteur F_____ relatif à l'IRM lombaire passée le 23 décembre 2020, concluant à des remaniements disco-dégénératifs étagés intéressant les niveaux L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ; en L3-L4, rétrécissement du canal rachidien d'origine multifactorielle, qui restait modéré ; en L4-L5, remaniements à composante inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents et rétrécissement

récessal L5 bilatéral ; en L5-S1, sténose neuroforaminale latéralisée à gauche d'origine multifactorielle et contact avec l'émergence des racines S1 des deux côtés, remaniements à composante inflammatoire des plateaux vertébraux ;

- une attestation du Dr D_____ du 7 mai 2021, à teneur de laquelle ce dernier suivait l'assurée pour une fasciite plantaire droite invalidante depuis 2020. L'IRM de février 2021 montrait une fissuration et une déchirure partielle préinsertionnelles du fascia plantaire droit. La patiente devait pouvoir être réorientée au niveau professionnel, car son activité de femme de chambre n'était plus exigible. Un poste sédentaire alternant position assise et debout avec des déplacements limités à plat comme dans les escaliers pouvait convenir ;
- un rapport de consultation en rhumatologie du 14 juin 2021 des docteurs G_____, médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et H_____, médecin assistante extraordinaire aux HUG, selon lequel les diagnostics étaient des lombalgies communes non déficitaires et un syndrome douloureux chronique généralisé.

j. Le 15 octobre 2021, le professeur I_____, médecin adjoint agrégé aux HUG, et la Dre H_____ ont adressé un rapport médical à l'OAI.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient des lombalgies communes non déficitaires et un syndrome douloureux chronique (score fibromyalgique 25/30, questionnaire FIRST 6/6). Le pronostic était celui d'une maladie rhumatologique chronique, associée à un syndrome dépressif majeur, soit une évolution fluctuante, mais chronique.

La patiente avait du mal à se baisser pour ramasser des objets, des difficultés à rester debout longtemps. Les positions assises provoquaient des douleurs. Ne dormant pas bien la nuit, elle était fatiguée au réveil le matin. Elle avait des difficultés à faire le ménage et recourait à une femme de ménage.

Elle se levait vers 6h, fatiguée. Les douleurs apparaissaient dès le réveil. Elle prenait ses médicaments et après régression des douleurs, préparait son petit-déjeuner et celui de ses filles. À midi, elle faisait le repas les jours où elle était en mesure de le faire et lorsque cela allait un peu mieux, elle pouvait sortir l'après-midi pour se balader et faire les courses. Elle se couchait vers 22h et se réveillait vers 2h-3h du matin et avait de la peine à se rendormir.

Elle disait avoir de la peine à s'occuper de sa fille et rendre occasionnellement visite à la famille, mais pas très souvent, car elle était très vite indisposée par la douleur. Elle disait ne pas avoir envie de compagnie. Elle avait une sœur et un frère à Genève ainsi que quelques amis.

Encore très symptomatique, elle n'était pas en mesure de reprendre le travail et il était difficile d'évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée en raison

de son état psychologique. Le suivi psychiatrique devait être intensifié pour pouvoir évaluer sa capacité de travail résiduelle.

k. Le 19 octobre 2021, le Dr D_____ a transmis un rapport à l'OAI.

Le diagnostic correspondait à une fasciite plantaire droite avec déchirure partielle du fascia plantaire droit. Au titre des limitations fonctionnelles étaient citées la marche et la station debout prolongées, ainsi que le port répété de charges supérieures à 15 kg. La reprise de l'activité de femme de chambre n'était pas exigible en raison du handicap fonctionnel très important. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était pleine du point de vue de sa spécialité.

Il a joint à son rapport le rapport d'IRM de la cheville droite du 11 février 2021 concluant à une fasciite plantaire et fissuration, rupture partielle du fascia plantaire à son attache sur le calcaneum ; épine calcanéenne avec œdème du calcaneum au niveau de l'attache du fascia plantaire ; important œdème des parties molles autour du fascia plantaire ; lésion partielle du tendon court péronier et tendinopathie du tendon long péronier.

l. Le 24 août 2022, le SMR, soit le docteur J_____, a conclu que sur le plan somatique, la situation s'était plutôt péjorée depuis le dernier avis du SMR et que la capacité de travail était toujours nulle dans l'activité de femme de ménage. Il a demandé une réactualisation des données médicales concernant le volet psychiatrique pour pouvoir évaluer la meilleure suite à donner au dossier.

m. Le 26 août 2022, la Dre E_____ a rendu un nouveau rapport.

Étaient diagnostiqués un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), un état de stress post-traumatique (F43.1), des difficultés liées à l'entourage immédiate en raison de problèmes de santé de sa fille (F63.0) et un deuil prolongé en raison du décès subit de son père (Z63.0).

Depuis le décès de son père, plus de deux ans et demi auparavant, la patiente vivait de très fortes fluctuations de l'humeur. La mort inattendue de son père avait causé l'émergence de souvenirs catastrophiques et traumatisants de la guerre. Les doses de médicaments avaient été augmentées à plusieurs reprises, pour obtenir une amélioration d'humeur et diminution des crises d'angoisse et souvent même de panique, avec les douleurs rétro-sternales, boule dans l'estomac, manque d'air. L'Efexor n'avait montré son efficacité qu'à 275 mg par jour.

Selon le status psychiatrique détaillé, la patiente était ralentie, introvertie et avait le discours sollicité. Elle avait une attitude plus souvent réservée, distante, triste. Quant à l'humeur, elle présentait une apathie modérée et un sentiment d'impuissance et de désespoir diminués. Sa concentration et son attention étaient diminués.

Elle se levait vers 7h pour aider ses filles à se préparer pour partir à l'école et au travail, puis ranger petit à petit la maison. Elle préparait le repas du soir et restait

la plus grande partie de la journée allongée avec un sentiment d'épuisement, de fatigue et souvent d'inutilité.

Son manque de motivation, de pertinence, d'énergie, la fatigue et le ralentissement se répercutaient dans les domaines courants de la vie. Son état était fluctuant. Le sentiment d'abattement, le ralentissement, la diminution des fonctionnements cognitifs (concentration, attention, mémoire) et les symptômes somatiques avaient un impact sur sa capacité de travail. Les capacités étaient plutôt insuffisantes pour reprendre le travail de manière régulière. Le pronostic était réservé, voire défavorable.

n. Le 26 octobre 2022, le SMR a proposé la réalisation d'un examen du SMR sur les plans rhumatologique et psychiatrique ou une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

o. Le 30 janvier 2023, deux médecins du SMR, les docteurs K_____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, et L_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont mené un examen clinique en rhumatologie et psychiatrie, à la suite duquel ils ont rendu un rapport le 24 février 2023.

Ont été retenus, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic principal de lombosciatalgies G chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées avec un canal lombaire étroit partiel en L3-L4, troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés (M54.4), et le diagnostic associé de composante d'aponévrosité plantaire D. S'ajoutaient à ces diagnostics ceux sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, obésité de classe 1, trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), trouble anxieux, sans précision (F41.9), insomnie non organique (F51.0), difficultés liées à l'entourage immédiat/problèmes de couple et de santé de sa fille (Z63.0) et état de stress post-traumatique, en rémission depuis l'arrivée en Suisse en 1997 (pas de code CIM).

Les limitations fonctionnelles, sur le plan rhumatologique, étaient les suivantes :

- s'agissant du rachis lombaire, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 mn, pas de position debout statique au-delà de 15 mn ;
- s'agissant de la composante d'aponévrosite plantaire droite chronique, pas de position debout prolongée, mêmes limitations que pour le rachis lombaire, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre.

Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant.

La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle de femme de chambre ou d'employée d'entretien dans le nettoyage de bureaux et était pleine dans une activité adaptée depuis le 15 octobre 2021.

p. Le 23 mars 2023, l'OAI a rempli la fiche de détermination du degré d'invalidité. Le revenu annuel brut avec invalidité était de CHF 53'819.-. Aucune réduction supplémentaire selon l'approche pluridisciplinaire (critères admis : activité légère seule possible, limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et permis, taux d'occupation) n'était admise.

C. a. Le 3 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente invalidité entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, le droit à la rente s'arrêtant dès le 1^{er} janvier 2022, et a refusé de lui accorder des mesures professionnelles.

b. Le 28 avril 2023, l'assurée a contesté le projet de décision.

Son état de santé ne s'améliorait pas, au contraire. Elle avait de plus en plus de douleurs qui étaient difficiles à supporter. Elle avait besoin d'avoir de l'aide dans son ménage. Préparer le repas de ses enfants était devenu compliqué, car elle était souvent distraite, oubliait ce qu'il fallait faire, était fatiguée et souffrait de douleur régulières. Elle avait le sommeil haché et se réveillait fatiguée. Elle était triste et déprimée.

c. Le 9 mai 2023, l'avocate de l'assurée a informé l'OAI de sa constitution, avec élection de domicile, et lui a remis une procuration en sa faveur.

d. Par décision du 9 octobre 2023, adressée à l'assurée à son adresse personnelle, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente invalidité entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, le droit à la rente s'arrêtant dès le 1^{er} janvier 2022, et a refusé de lui accorder des mesures professionnelles.

Son statut d'assurée était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Elle se trouvait en état d'incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle depuis le 18 juin 2020. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé était de 100% dès le 15 octobre 2021. À l'échéance du délai d'attente, le 1^{er} juin 2021, son incapacité de gain était entière, de sorte qu'elle présentait un degré d'invalidité de 100%, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. La demande de prestations ayant été déposée le 28 janvier 2021, le rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} juillet 2021. Dès le 15 octobre 2021, son revenu sans invalidité était de CHF 53'820.- et son revenu avec invalidité de CHF 53'819.-, ce qui menait à un taux d'invalidité nul. Son droit à la rente s'éteignait donc après une période d'amélioration de trois mois, soit dès le 1^{er} janvier 2022.

e. Le 14 novembre 2023, l'avocate de l'assurée a demandé à l'OAI de lui indiquer quand une décision pourrait être rendue.

f. L'OAI lui a ensuite transmis une copie de la décision du 9 octobre 2023.

g. Le 28 novembre 2023, le conseil de l'assurée a accusé réception de la correspondance reçue le 22 novembre 2023 et a demandé que lui soit adressée la décision du 9 octobre 2023 en bonne et due forme.

Seules étaient annexées les deux premières pages de la décision, à l'exclusion de la motivation de la décision du 9 octobre 2023. Cette décision aurait dû lui être notifiée, vu sa constitution, dont l'OAI était informé depuis le mois de mai 2023.

h. Par courrier du 30 novembre 2023, reçu le 4 décembre 2023, l'OAI a transmis le dossier à l'avocate.

D. a. Par acte du 8 janvier 2024, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 9 octobre 2022, concluant à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition et celles de témoins, dont ses médecins traitants, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente assortie des mesures professionnelles, sous suite de dépens.

L'instruction du dossier, l'appréciation de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles et le calcul de son degré d'invalidité étaient contestées.

b. Le 12 mai 2024, l'assurée a complété son recours. Elle a demandé, préalablement, sa comparution personnelle, l'audition de témoins, notamment de sa psychiatre et de sa fille cadette, ainsi que la conduite d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

L'avis médical du SMR était contesté. Un abattement d'au moins 20% aurait dû être reconnu dans son cas, vu le grand nombre de limitations fonctionnelles limitant l'activité possible à une activité très légère avec contrainte positionnelle et sans déplacements, même courts. Des mesures professionnelles étaient nécessaires et à même de l'aider réellement.

c. Par réponse du 14 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Au vu des constatations objectives de l'expert, de la description de la journée type, des ressources de l'assurée, c'était à juste titre que l'expert psychiatre ne retenait pas de comorbidité psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. L'assurée n'avait apporté aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts.

Les limitations fonctionnelles de l'assurée ne présentaient pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte de manière particulièrement importante au titre de la déduction sur le salaire statistique. Au vu de ces limitations, un nombre significatif d'activités étaient adaptées et accessibles sans aucune formation particulière.

d. Par réplique du 16 août 2024, l'assurée a maintenu son recours et ses demandes d'instruction.

e. Le 12 décembre 2024, sur demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué ne pas contester la recevabilité du recours, la décision ayant été notifiée par la caisse de compensation compétente, puis renvoyée au conseil de l'assurée par courrier non daté.

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 La décision a été adressée directement à la recourante, en dépit du domicile élu chez son avocate, laquelle l'a ensuite reçue partiellement le 22 novembre 2023, puis intégralement le 4 décembre 2023.

1.2.1 Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 p. a. et 60 al. 2 LPGA). Une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution (art. 38 al. 2bis p. a. et 60 al. 2 LPGA ; art. 89C let c LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c p. a. et art. 60 al. 2 LPGA).

1.2.2 Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui est utilisé pour éliminer tout doute quant à la question de savoir si la communication a été envoyée à la partie elle-même ou à son représentant, et pour clarifier quelles sont les communications déterminantes pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2015 du 8 août 2016 consid. 5). Lorsqu'il reçoit personnellement une communication de l'assureur social, l'assuré représenté est en droit de penser que

celle-ci est aussi parvenue à son représentant et qu'il peut s'abstenir d'agir personnellement (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd., 2020, n. 25 ad art. 37).

1.2.3 Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA).

1.2.4 L'art. 49 al. 3 LPGA, à teneur duquel la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacre un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'art. 29 al. 1 et 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 145 IV 259 consid. 1.4.4 ; 144 II 401 consid. 3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_863/2013 du 9 mai 2014 consid. 3.2). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déferée au juge dans un délai raisonnable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_202/2014 et 9C_209/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2 ; SJ 2000 I p. 118).

En vertu de son devoir de diligence, il appartient à la partie à qui la décision a été directement notifiée de se renseigner auprès de son mandataire – dont l'existence est connue de l'autorité – de la suite donnée à son affaire, au plus tard le dernier jour du délai de recours. Aussi, la jurisprudence considère-t-elle qu'il y a lieu de faire courir dès cette date le délai dans lequel une partie est tenue d'attaquer une décision qui n'a pas été notifiée à son représentant (arrêts du Tribunal fédéral 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1 ; 9C_266/2020 du 24 novembre 2020 consid. 2.3 ; 2C_1021/2018 du 26 juillet 2019 consid. 4.2 et les références).

Les mêmes principes s'appliquent en cas de défaut de toute notification d'une décision administrative. Tant qu'elle ne leur a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à ceux qui auraient dû en être les destinataires et elle ne peut dès lors les lier. Aussi, la personne à qui l'acte n'a pas été notifié doit s'en prévaloir en temps utile, dès lors que, d'une manière ou d'une autre, elle est au courant de la situation ; attendre passivement serait contraire au principe de

la bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_202/2014 et 9C_209/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2 ; 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence).

1.2.5 En l'espèce, la notification de la décision attaquée à la recourante directement n'est pas établie, de sorte que seule la notification à son avocate peut être déterminante.

Une première notification à l'avocate, irrégulière puisque ne comprenant que deux des dix pages de la décision, a été effectuée le 22 novembre 2023, puis une seconde le 4 décembre 2023.

Le recours du 8 janvier 2024 a été interjeté dans le délai de 30 jours à compter de la première notification, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA et art. 89C let. c LPA) et du fait que le 7 janvier était un dimanche (art. 38 al. 3 et 60 LPGA).

Le recours a par conséquent été formé en temps utile.

1.3 Le recours est par ailleurs interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA), de sorte qu'il sera déclaré 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 de la rente d'invalidité entière du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021 et le litige porte donc uniquement sur la décision de l'intimé en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2022, ainsi que de mesures d'ordre professionnel.

- 3. 3.1** 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 (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).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

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 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 pertinente de la modification est déterminée par 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

3.4 En l'espèce, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, il s'agit d'une nouvelle demande de prestations après le refus initial du 20 juin 2017 et, tant le changement de circonstances que la nouvelle demande de prestations, en 2021, l'échéance du délai d'attente d'une année, survenu en juin 2021 (art. 28 al. 1 let. b LAI) et, partant, la naissance du droit à une rente d'invalidité (art. 29 al. 1 LAI) sont survenus antérieurement au 1^{er} janvier 2022.

Par ailleurs, la nouvelle modification des circonstances ayant motivé l'intimé à supprimer la rente à compter du 1^{er} janvier 2022 est survenue en octobre 2021.

L'ancien droit est par conséquent applicable, de sorte que les dispositions seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. La recourante affirme que son droit à la rente aurait toujours dû être reconnu après le 1^{er} janvier 2022.

4.1 L'art. 17 al. 1 LPGGA 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.

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 LPGGA. 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 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 LPGGA 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).

4.3 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).

4.4 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 (art. 88a al. 1 RAI).

Lorsqu'est prise une première décision concernant l'octroi simultané de deux rentes successives dont la seconde est d'un montant inférieur, ou même l'octroi d'une rente dont la suppression ultérieure est décidée simultanément, la réduction ou la suppression de la rente prend effet à l'un des délais mentionnés à l'art. 88a, al. 1, RAI. Cette réduction ou cette suppression prend effet le premier jour du mois suivant l'expiration de la période de trois mois (Office fédéral des assurances sociales, Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, n. 4102 concernant l'art. 88a al. 1 LAI, qui n'a pas changé au 1^{er} janvier 2022).

- 5. 5.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

5.2 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

- 6. 6.1** 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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, tel le CIM ou le DSM-IV (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).

6.2 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).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.3 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6.5 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) :

- catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (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) ;

- 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).

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).

6.6 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).

7. 7.1 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. 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).

7.2 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

7.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

7.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 1^{re} phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Conformément à l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, des SMR interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 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).

7.3.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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).

7.3.3 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. A 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7.4 Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

- 8. 8.1** 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 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).

8.2 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 ; 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 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

- 9.** En l'espèce, la recourante ne conteste pas le changement de circonstances sur le plan rhumatologique, mais affirme qu'elle serait totalement incapable de travailler dans une activité adaptée en raison de ses affections psychiques, de sorte qu'elle aurait droit à la poursuite du versement de sa rente AI entière après le 1^{er} janvier 2022.

Pour rendre sa décision du 9 octobre 2023, l'intimé s'est fondé sur le rapport des médecins du SMR, les Drs K_____ et L_____. C'est donc la valeur probante de ce document qu'il convient d'examiner.

À titre liminaire, il y a lieu de relever que les médecins du SMR ont réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Leur rapport du 24 février

2023 ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce qui ne signifie pas pour autant que sa valeur probante doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

En l'occurrence, le rapport des médecins du SMR est fondé sur l'ensemble du dossier, récapitulé sous les angles ostéoarticulaire et psychiatrique au début du rapport puis au niveau radiologique au milieu du rapport. Il comprend par ailleurs une anamnèse fouillée incluant notamment des anamnèses familiale, scolaire et professionnelle, psychosociale, psychiatrique et par système ainsi qu'un examen du contexte psychosocial et des antécédents personnels somatiques. Il rapporte également les plaintes de la recourante et comporte une description de sa vie quotidienne. Il examine ensuite de manière détaillée le status de la recourante, en distinguant les status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique. Après avoir exposé tous ces éléments, il procède à l'aide de ceux-ci à une analyse complète de la situation médicale de la recourante et aboutit à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail de la recourante clairs, bien motivés et convaincants. Finalement, il se base, conformément aux exigences de la jurisprudence, pour l'examen de la capacité de travail en lien avec la fibromyalgie, sur les indicateurs jurisprudentiels pertinents, étant relevé qu'en l'absence d'indice clair en faveur d'une incapacité de travail durable pour les autres diagnostics, une analyse des indicateurs n'était pas nécessaire.

Au vu de ce qui précède, le rapport du SMR répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

En synthèse, ce rapport exclut le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, retient que l'état de choc posttraumatique est en rémission et conclut que seuls les diagnostics relatifs aux atteintes somatiques ont des répercussions sur la capacité de travail, à l'exclusion des diagnostics sur le plan psychiatrique, dont la fibromyalgie.

La recourante conteste ces éléments, critiquant le volet psychiatrique du rapport.

Elle affirme que les éléments de faits retenus, tant par rapport au diagnostic d'un trouble dépressif que pour l'analyse du caractère invalidant de la fibromyalgie, ne correspondraient pas à sa réalité quotidienne. Aucune question ne lui avait été posée sur la diminution de l'intérêt ou du plaisir depuis 2019. Il ne pouvait être déduit du fait qu'elle n'exprime pas spontanément de péjoration de l'avenir ou de vision pessimiste de l'avenir qu'elle n'était pas affectée de ces symptômes. Elle reproche aux médecins du SMR de ne pas avoir examiné la fréquence et le plaisir ressenti pour les loisirs, de n'avoir pas pris en compte la disparition de son réseau social ni de limitations du quotidien. L'absence de problème d'attention ou de concentration pendant l'entretien ne suffisait pas à conclure qu'elle disposait d'une capacité d'attention et de concentration utile à exercer un emploi. Les problèmes de sommeil et leur conséquences (fatigue, difficultés de concentration) n'avaient pas été pris en compte dans l'appréciation des limitations fonctionnelles. Il était

erroné de retenir qu'elle avait surmonté le stress post-traumatique. Elle reproche finalement aux médecins du SMR d'avoir rejeté le diagnostic de trouble dépressif récurrent au motif d'absence d'épisodes dépressifs passés sans avoir interpellé sa psychiatre.

Cependant, il ressort du rapport des médecins du SMR que les éléments mis en cause par la recourante ont été investigués et analysés par les médecins du SMR, sur la base du dossier et de l'examen de la personne effectué. Les médecins du SMR indiquent en outre clairement et précisément pourquoi les diagnostics sur le plan psychique diffèrent de ceux de la psychiatre de la recourante et pourquoi ils ont retenu l'absence de caractère incapacitant de ceux-ci.

En effet, si la recourante affirme que les médecins ont constaté de manière erronée le déroulement de son quotidien, l'existence d'intérêt ou de plaisir, sa vision de l'avenir, ses problèmes d'attention ou de concentration ainsi que son réseau social et n'ont pas pris en compte ses limitations du quotidien, ses problèmes de sommeil et la mort de son frère cadet, il ressort des sections « Anamnèse familiale », « Contexte psychosocial », « Anamnèse psychiatrique », « Plaintes psychiatriques », « Vie quotidienne » et « Status psychiatrique » de leur rapport que les médecins du SMR ont investigué de manière fouillée ces éléments sur la base du dossier et lors de l'examen de la recourante, pour ensuite les analyser dans la section « Appréciation consensuelle du cas ».

Ainsi, l'anamnèse familiale mentionne le frère de la recourante décédé à l'âge de 21 ans à la guerre en Bosnie-Herzégovine. Le contexte psychosocial comprend notamment une analyse de l'aptitude à la conduite et l'utilisation des transports publics, du réseau social et des dernières vacances de la recourante. La section sur la vie quotidienne détaille son quotidien et ses loisirs. Dans l'anamnèse psychiatrique, il est notamment relevé que l'assurée ne décrivait pas, depuis 2019, de tristesse permanente, mais était sujette à des épisodes de tristesse fluctuants, d'intensité légère, liés à certaines ruminations anxieuses ; qu'elle ne décrivait pas depuis 2019 de diminution de l'intérêt ou du plaisir ; qu'elle présentait des épisodes de fatigue aléatoires qui n'étaient plus uniquement liés à la mauvaise qualité de la nuit précédente, mais pouvaient apparaître le matin au réveil et disparaître en milieu de matinée ; qu'elle présentait des problèmes de sommeil. Dans les plaintes psychiatriques, il est indiqué que l'assurée se plaignait surtout de troubles paniques, qui affectaient son moral et la rendaient plus triste ; qu'elle se plaignait d'avoir des difficultés à se concentrer lorsqu'elle était tendue et anxieuse. Dans le status psychiatrique, il est relevé que la thymie et l'humeur sont normales, qu'il n'est pas observé de tristesse, que la recourante n'exprime pas de péjoration de l'avenir ni de vision pessimiste de l'avenir. Ce qui précède démontre que les éléments critiqués par la recourante ont fait l'objet d'une investigation fouillée par les médecins du SMR.

Les médecins du SMR ont ensuite repris ces éléments dans leur analyse, les récapitulant et les appréciant au début de l'appréciation consensuelle du cas sur le

plan psychiatrique, pour ensuite traiter séparément chaque diagnostic à la lumière de ces éléments et de l'ensemble du dossier et examiner le caractère incapacitant de chaque diagnostic retenu.

Il ressort ainsi du rapport que les médecins du SMR ont pris en compte les rapports de la psychiatre traitante retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, mais ont constaté que, au vu du contenu de ces rapports et selon les éléments recueillis, les symptômes de la recourante n'étaient pas permanents et ne relevaient pas d'un tel trouble, mais d'un trouble panique, anxiété isolée paroxystique et un trouble anxieux, sans précision, troubles qui n'avaient pas été retenus par la psychiatre, mais que les médecins du SMR ont retenus. Dans le cadre de ces troubles, ils ont pris en considération les troubles de l'attention et de la concentration, que la recourante leur reproche donc à tort d'avoir ignorés, ainsi que des ruminations en lien avec le second.

Les médecins du SMR ont motivé de manière détaillée les raisons pour lesquelles ils ont écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Ils ont effectivement constaté que le rapport médical de la psychiatre de la recourante n'objectivait réellement qu'un seul épisode dépressif, soit celui qui avait motivé la consultation à partir de 2019, mais ont expliqué pourquoi ils ne retenaient pas d'épisode dépressif antérieur à 2019. Ce n'était pas uniquement parce que les rapports médicaux ne précisaient pas l'état dépressif antérieur, ni la cause, ni les traitements, mais aussi parce qu'à l'anamnèse, en dépit des questions précises posées quant à l'état thymique avant 2019, la recourante n'avait décrit aucun symptôme dépressif, soit une tristesse de l'humeur, et qu'à l'anamnèse professionnelle, elle n'avait décrit que des périodes de chômage entre deux emplois, mais aucune incapacité de travail totale pour raison médicale. Dans ce contexte, ils ont mentionné la mort du frère cadet de la recourante, constatant qu'elle n'avait pas mentionné de tristesse de l'humeur en relation avec celle-ci. Ils ont par ailleurs noté que le status psychiatrique établi par la psychiatre montrait essentiellement des symptômes de type anxieux, ce qui paraît cohérent avec le rapport de la psychiatre traitante du 2 juin 2021, qui mentionne une patiente angoissée, avec oppressions thoraciques, manque d'air ou sentiment d'étouffement, et celui du 26 août 2022, qui indique que la médication avait été augmentée pour obtenir une diminution des crises d'angoisses et souvent même de panique, avec les douleurs rétro-sternales, boule dans l'estomac, manque d'air. Ils ont ensuite relevé que la psychiatre retenait uniquement, dans les critères majeurs, humeur dépressive, épuisement et abattement et des autres symptômes mineurs, soit seulement la peur de l'avenir. Ils ont ensuite noté qu'à l'anamnèse, la tristesse était fluctuante, en général liée aux épisodes anxieux, de tension motrice ou d'attaque de panique, que la fatigue était également fluctuante et n'avait des conséquences que sur la fréquence des promenades. Ce qui précède les a conduits à constater, qu'en définitive il n'existait pas les trois critères majeurs nécessaires au diagnostic d'épisode dépressif. Au-delà de cette analyse convaincante, il sera

relevé qu'au demeurant, même si un trouble dépressif récurrent avait été retenu, un tel trouble n'aurait vraisemblablement pas été incapacitant au regard de la jurisprudence, s'agissant d'un épisode moyen selon la psychiatre traitante, qui ne s'est par ailleurs pas positionnée de manière claire et motivée sur la capacité de travail de la recourante.

En ce qui concerne l'examen du caractère incapacitant de la fibromyalgie, les médecins du SMR ont expressément indiqué y procéder à l'aune des indicateurs standards pour respecter les règles asséculogiques en vigueur. Ils ont ainsi relevé que, sous exception des tâches ménagères les plus lourdes, à savoir laver la salle de bains, passer la panosse ou l'aspirateur, l'autonomie de la recourante n'avait pas changé au cours du temps, et ce même avant 2019. Elle était totalement autonome pour les tâches ménagères les plus légères. Elle préparait seule le dîner et le souper. L'aide de sa fille de 32 ans était exceptionnelle. Si cette dernière, pour raison algique, amenait les courses une fois par semaine, l'assurée restait autonome pour les petites courses, comme aller à la boulangerie. Elle rangeait et s'occupait de la lessive et de la vaisselle. Elle repassait, même si elle pouvait aussi exceptionnellement être secondée par sa fille de 32 ans. Selon son état de fatigue ou ses douleurs, et donc de manière épisodique, elle passait l'aspirateur ou la panosse, même si elle n'allait pas au bout de la tâche. Ses centres d'intérêts n'avaient pas évolué, sauf ses promenades, passées de trois ou quatre fois par semaine à une seule fois par semaine. Les relations familiales, centre d'intérêt principal, n'avaient pas changé. Elle voyait très régulièrement ses filles habitant avec elle, mais aussi sa fille de 32 ans, son frère, sa belle-sœur, ainsi que sa sœur et ses neveux et nièces. Elle allait voir sa mère et sa famille restées en Bosnie chaque année. L'assurée avait su par le passé mobiliser ses ressources et continuait de se mobiliser pleinement pour s'occuper de sa fille aînée, en situation de handicap (la laver, lui laver les cheveux, les brosser), et la secondar dans l'éducation de sa petite-fille. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité pouvant limiter la mobilisation des ressources. Elle avait une capacité intacte à mobiliser ses ressources et à s'adapter au niveau de fatigue et de douleurs, mais savait aussi demander de l'aide à sa fille de 32 ans lorsqu'elle avait besoin d'aide. Ainsi, après un examen des indicateurs en fonction des éléments recueillis dans le dossier et à l'anamnèse, les médecins du SMR ont abouti à la conclusion convaincante et motivée que la recourante mobilisait ses ressources et que l'autonomie de la vie quotidienne restait bonne dans la plupart des domaines, de sorte que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas incapacitant.

Les médecins du SMR ont également examiné l'état de stress post-traumatique et expliqué de manière précise pourquoi ils ont retenu que celui-ci était en rémission, soit en raison de l'absence des deux symptômes minimaux nécessaires au diagnostic d'un tel état, étant relevé que les médecins du SMR ont pris en compte la mort de son frère cadet, dont la recourante leur reproche d'avoir uniquement fait une mention « anecdotique », dans le cadre de l'analyse du trouble dépressif,

comme vu précédemment. Pour le reste, la recourante invoque, quant à l'état de stress posttraumatique, des éléments généraux non susceptibles de remettre en cause l'appréciation des médecins du SMR.

En ce qui concerne les problèmes de sommeil, les médecins du SMR les ont analysés, ont diagnostiqué une insomnie non organique, puis ont examiné s'il en découlait des limitations fonctionnelles. Ils ont ainsi constaté que, conformément aux éléments recueillis dans le cadre de l'anamnèse, la recourante avait diminué la fréquence de ses promenades, de trois ou quatre à une fois par semaine et voyait moins une voisine proche (une fois par mois et non plus une fois par semaine), mais que pour le reste, les centres d'intérêts, les tâches ménagères, la préparation des repas, le soutien à sa fille en situation de handicap et la surveillance de l'éducation de sa petite-fille, ses relations familiales étaient restées inchangées, de sorte que le diagnostic n'était pas incapacitant.

Les médecins du SMR ont finalement analysé les éléments que la recourante désigne comme limitations du quotidien, soit le fait de ne plus prendre le bus, et ont constaté que, conformément aux explications de la recourante sur les raisons pour lesquelles elle ne prenait plus le bus, ce fait n'était pas en lien avec les crises d'angoisse, élément qui les a conduits, avec d'autres, à l'absence de limitation fonctionnelle quant au trouble panique, anxiété isolée paroxystique.

Face à ces investigations fouillées et ces conclusions motivées et convaincantes, la recourante se contente de donner une appréciation subjective contestant les constatations et conclusions du rapport, sans invoquer d'élément objectif précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est basé sur le rapport du SMR, qui revêt une pleine valeur probante, pour retenir un changement de circonstances justifiant un arrêt de la rente après trois mois, la recourante étant alors capable de travailler dans une activité adaptée, en l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique. Le grief sera écarté.

Il s'ensuit que les demandes de comparution personnelle, d'audition de témoins et d'expertise sollicitées par la recourante doivent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves.

- 10.** L'intimé a néanmoins supprimé la rente à compter du 1^{er} janvier 2022, considérant que la période de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI était alors arrivé à échéance. Or, la date à partir de laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée est le 15 octobre 2021, de sorte que la période d'amélioration de trois mois arrive à terme le 15 janvier 2022. La rente devait dès lors être supprimée à compter du 1^{er} février 2022 et non du 1^{er} janvier 2022.
- 11.** La recourante affirme ensuite qu'un abattement aurait dû être pris en compte pour le calcul de son revenu avec invalidité, vu le grand nombre de limitations fonctionnelles.

11.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

11.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

11.3 Selon la jurisprudence développée avant l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 de l'art. 26bis al. 3 RAI, l'abattement imputable sur le salaire avec invalidité fondé sur les statistiques dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de

l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références). Dans la mesure où le niveau de compétence 1 de l'ESS comprend déjà un grand nombre d'activités légères et modérément lourdes, un abattement de ce fait ne se justifie en général pas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références ; 9C_386/2012 du 18 septembre 2012 consid. 5.2).

11.4 En l'espèce, l'intimé n'a procédé à aucun abattement sur le salaire issu de l'ESS, ce que la recourante conteste, estimant que ses nombreuses limitations fonctionnelles justifiaient un abattement de 20% au minimum.

Contrairement à ce que soutient la recourante et au vu des principes exposés plus haut, les limitations fonctionnelles qu'elle présente ne justifient pas un abattement sur le salaire avec invalidité. En effet, les limitations physiques de la recourante, telles que retenues par le rapport des médecins du SMR, ne l'empêchent pas de réaliser des activités professionnelles légères, en position alternée et le niveau de compétence 1 de l'ESS appliqué en l'espèce comprend un grand nombre d'emplois physiquement peu astreignants.

L'intimé était dès lors fondé à ne pas retenir d'abattement et, partant, à retenir un degré d'invalidité nul une fois qu'elle avait recouvré sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le grief sera écarté.

12. La recourante demande des mesures professionnelles.

12.1 S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation, il sied de rappeler que, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les

conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

12.2 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

12.3 Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

12.4 En l'espèce, dès janvier 2022, le degré d'invalidité, nul, est inférieur au seuil ouvrant le droit à un reclassement. Par ailleurs, les autres mesures d'ordre professionnel n'apparaissent pas indiquées dans le cas d'espèce, au vu des activités possibles sans formation et adaptées aux limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail et dès lors que la recourante n'est pas entravée par son atteinte à la santé dans sa recherche d'emploi.

C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer à la recourante des mesures d'ordre professionnel.

- 13.** Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis. La décision de l'intimé sera réformée en ce sens que le droit à la rente prend fin dès le 1^{er} février 2022 et non le 1^{er} janvier 2022 et sera pour le reste confirmée.
- 14.** Vu l'issue du litige, le recours n'étant que très partiellement admis, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI). Par

ailleurs, la recourante obtenant gain de cause sur une partie minime de ses conclusions en relation avec un point qu'elle ne soulevait pas, il ne lui sera pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé en tant qu'elle fixe la date de fin du droit à la rente au 1^{er} janvier 2022.
4. Dit que la recourante a droit à la rente jusqu'au 31 janvier 2022, le droit à la rente cessant dès le 1^{er} février 2022.
5. Confirme la décision de l'intimé pour le surplus.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
7. 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