

GE_GERICHTE ATAS/105/2024 vom 15. Februar 2024

GE Cour de justice, 2024-02-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_105_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/105/2024 du 15 février 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/105/2024 del 15 febbraio 2024

Erwägungen

E. 19

mai 2023, sans qu'aucun élément médical objectif nouveau ne rende plausible une modification de l'état de santé de l'assurée. Partant, l'OAI concluait au rejet du recours.

e. Par réplique de sa mandataire, datée du 8 décembre 2023, la recourante a considéré que le recouvrement de sa pleine capacité de travail, dans tous types d'activité depuis le mois d'avril 2022, était établi avec certitude, raison pour laquelle le recours devait être admis et la rente d'invalidité annulée à compter du mois d'avril 2022. f. Sur ce, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario). 4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), ainsi que celles

A/3344/2023 - 8/17 - du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne une assurée âgée de plus de 55 ans au 1er janvier 2022, mais porte sur l'éventuelle suppression d'une rente dont le droit est né le 1er avril 2022, soit postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 5. Le délai de recours est de 30 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. 6.

6.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). 6.2 La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références). 7. En l'état, la recourante conclut, notamment, à l'annulation de la décision d'octroi de la rente d'invalidité du « 13 juillet 2022 » (recte : 3 juin 2022), ce qui va au-delà de l'objet de la contestation, comme cela vient d'être exposé supra, soit la décision de l'OAI de non-entrée en matière du 12 septembre 2023. En raison du

A/3344/2023 - 9/17 - fait que la précédente décision du 3 juin 2022 est entrée en force, il n'est pas possible d'élargir le procès au-delà de l'objet de la contestation, ce d'autant moins que, dans le cadre d'une procédure d'entrée en matière, il ne s'agit pas de procéder à l'annulation d'une décision préalable, mais de s'assurer que les allégations de la recourante, selon lesquelles la situation de fait a changé suffisamment, depuis que la dernière décision a été rendue, sont suffisamment plausibles pour qu'une nouvelle instruction soit diligentée. Par conséquent, la chambre de céans ne peut se prononcer que sur la plausibilité des allégations de la recourante au regard des conditions d'entrée en matière sur la demande de révision, qui constituent l'objet de la décision querellée. 8. Le litige porte sur la décision de refus d'entrée en matière de l'OAI du 12 septembre 2023 sur la demande de révision du 26 juin 2023 déposée par l'assurée. 9.

9.1 Selon l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation

différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 9.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir

A/3344/2023 - 10/17 - d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). 9.3 Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Dans le domaine de l'AI, une modification peu importante de l'état de fait déterminant, en particulier du degré d'invalidité, peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545 consid. 6). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 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). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base

d'un état de fait établi de

A/3344/2023 - 11/17 - manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêts du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 et I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). 10.

10.1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 10.2 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 10.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1er janvier 2022 –

A/3344/2023 - 12/17 - dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées. Selon l'art. 28b LAI - entré en vigueur le 1er janvier 2022 -, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante: tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47,5% (al. 4). 11.

11.1 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 ; ATF 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). 11.2 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

A/3344/2023 - 13/17 - 11.3 Un rapport du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 11.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. 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). 12.

12.1 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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 126 V 319 consid. 5a). 12.2 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

A/3344/2023 - 14/17 - 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). 13.

En l'espèce, selon la motivation figurant dans la décision querellée, l'OAI considère que l'assurée n'a pas rendu plausible, par des documents adéquats, que sa situation s'est notablement modifiée. Il se réfère à l'arrêt de la chambre de céans du 19 mai 2023 et affirme « que les éléments avancés ont été pris en compte par celle-ci et qu'en l'absence d'élément nouveau, nous n'entrons pas en matière sur la nouvelle demande ». 13.1 Dans sa réponse au recours du 14 novembre 2023, l'OAI précise que les pièces médicales transmises dans le cadre de la demande actuelle font état d'éléments qui ont déjà été pris en compte dans sa précédente décision et par l'arrêt de la chambre de céans du 19 mai 2023. L'OAI en conclut qu'aucun élément médical objectif nouveau ne rend plausible une modification de l'état de santé de la recourante. S'il est vrai que la chambre de céans avait déjà pris en compte le certificat médical produit par le Dr E_____, médecin traitant de l'assurée, daté du 14 mars 2022, elle n'en avait pas tenu compte en considérant que ladite pièce « n'était pas suffisante pour admettre au degré de la vraisemblance prépondérante » que l'assurée était apte à travailler dans toute activité et bénéficiait, réellement, d'une capacité de travail de 100%. Cette conclusion était due au fait que le certificat médical en question était très lapidaire et que le médecin traitant s'était contenté d'ajouter à la main, de manière succincte, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité dès le 1er avril 2022, sans fournir d'argument solide ou de motivation convaincante permettant de considérer cette appréciation comme présentant un degré de vraisemblance prépondérante. C'est une des raisons pour lesquelles la chambre de céans avait jugé utile de rappeler dans ses considérants que l'assurée conservait la possibilité de présenter une nouvelle demande de révision à l'OAI, « fondée sur des pièces médicales idoines », afin de démontrer un éventuel changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité. Or, dans le cadre de sa demande de révision, l'assurée ne s'est pas contentée de représenter le même certificat médical mais a, cette fois-ci, présenté deux rapports médicaux beaucoup plus complets, rédigés par le Dr E_____, respectivement en date du 21 juin, puis du 10 octobre 2023. 13.2 Dans son nouveau formulaire médical OAI daté du

21 juin 2023, le médecin traitant a précisé que la capacité de travail s'était améliorée en 2021 et qu'à partir

A/3344/2023 - 15/17 - du 1er décembre 2021, l'assurée avait travaillé à 100% au F_____, capacité qu'il avait confirmée par le précédent certificat du 14 mars 2022 pour le 1er avril 2022 (ch. 1.3). Il a ajouté que depuis l'octroi de la rente, l'état de santé de l'assurée était stable avec une pleine capacité de travail (ch. 1.4) et qu'il n'existait aucun symptôme en relation avec l'incapacité précédente (ch. 1.5). Il n'existait aucun diagnostic avec un effet sur la capacité de travail (ch. 1.6) et aucun traitement n'était suivi par l'assurée (1.7). Le pronostic était « excellent vu la parfaite récupération » (ch. 1.8). Il précisait encore, s'agissant de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée, que son certificat du 14 mars 2022, qui certifiait la capacité de travail à 100%, avait été établi, non pas pour l'OAI mais pour l'OCE, qui avait repris le suivi à la fin des mesures (de l'OAI). Dans son rapport médical du 10 octobre 2023, le Dr E_____ a repris la chronologie et rappelé que dans son expertise du 2 décembre 2021, le Prof. D_____ avait déjà constaté que l'assurée était prête à une réadaptation progressive, dans un milieu proche du suivi de référence, pour commencer à un taux d'activité de 30%, avec augmentation jusqu'à 100%. Le SMR était arrivé au même constat, dans son rapport médical du 7 janvier 2021, estimant que la capacité de travail de l'assurée était alors de 30% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais susceptible d'augmenter vers un 100% dans les 12 mois. Le médecin traitant constatait que les pronostics de ses confrères étaient avérés, dès lors que l'assurée avait pu travailler à 100% au F_____, dès le 1er décembre 2021, sans aucune mesure d'aide, ni d'accompagnement. Il constatait également la progression de la récupération complète par l'assurée de sa capacité de travail dans toute activité, attestant que depuis au moins le 1er avril 2022, toutes les limitations fonctionnelles évoquées dans les rapports précédents avaient disparu et qu'il n'avait plus constaté de trait lié à une personnalité supposée (selon le Prof. D_____) anankastique. L'épisode dépressif traversé suite au licenciement de l'assurée en 2017, ainsi que le traitement médicamenteux lié, avaient pris fin depuis lors et l'assurée était donc prête pour un nouveau poste de travail, quelle que soit l'activité. Cette conclusion était, par ailleurs, renforcée par le fait qu'il n'y avait eu aucune rechute, ni aucun symptôme résiduel de son état dépressif, depuis de nombreux mois, et que son expérience de travail au F_____ confortait ce diagnostic. 13.3 Il résulte de ce qui précède que, contrairement au contenu de son premier certificat du 14 mars 2022 lacunaire, notamment en raison du fait qu'il était destiné à l'OCE, ce qui explique probablement la raison pour laquelle il n'était pas suffisamment détaillé, le médecin traitant de l'assurée a, cette fois-ci, rédigé des pièces médicales suffisamment motivées et convaincantes pour rendre plausibles les raisons de la demande de révision présentée par l'assurée. 13.4 S'il est vrai que l'autorité jouit d'un certain pouvoir pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée, surtout lorsqu'il s'est écoulé peu de temps depuis la décision antérieure, comme c'est le cas en l'occurrence, on ne

A/3344/2023 - 16/17 - peut constater que c'est en raison du manque de précision et de motivation de la pièce médicale produite par l'assurée, dans le cadre de la procédure antérieure, que cette dernière a échoué à démontrer qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail. Comme cela avait été mentionné par la chambre de céans, elle conservait la possibilité de présenter les pièces médicales idoines, susceptibles de modifier l'appréciation de l'OAI, dans le cadre d'une demande de révision. Dans la présente espèce, il est indéniable que les nouvelles pièces médicales rédigées par le médecin traitant sont

beaucoup plus convaincantes que le précédent certificat médical daté du 14 mars 2022. L'OAI a fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation en considérant qu'il ne pouvait pas entrer en matière sur de nouvelles pièces médicales en raison de l'arrêt précédemment rendu par la chambre de céans, alors même que cette dernière avait expressément réservé la possibilité pour l'assurée de déposer une demande de révision fondée sur des pièces médicales idoines (ATAS/347/2023, consid. 14.4). 13.5 Au vu des rapports médicaux du 21 juin et du 10 octobre 2023, il paraît très plausible qu'il y a eu une modification importante des circonstances et que la recourante a récupéré une capacité de travail de 100% dans toute activité, depuis au moins le 1er avril 2022. Ce d'autant plus qu'aussi bien l'expert D_____ que le SMR semblaient également convaincus que l'assurée pouvait retrouver une capacité de travail de 100% dans un laps de temps proche du début de l'année 2022. Dans ces circonstances, le dossier apparaît insuffisamment instruit. Il convient dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il entre en matière sur la demande de révision et procède à une instruction complémentaire, puis rende une nouvelle décision. 14. La recourante, assistée par une mandataire professionnellement qualifiée et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 15. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.