

# **GE\_GERICHTE ATAS/162/2014 vom 4. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_162\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_162_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/162/2014 du 4 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/162/2014 del 4 febbraio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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.

### **E. 2**

A 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.

A/2123/2013 - 10/19 -

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2008. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si, postérieurement à la décision de l'OAI du 23 juin 2008, son état de santé a subi une modification notable influençant son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente d'invalidité.

## **E. 6**

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

A/2123/2013 - 11/19 - Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

## **E. 7**

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

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

## E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en

A/2123/2013 - 12/19 - comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b) 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. A 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). La valeur probante d'une expertise ne peut être remise en doute du simple fait que son contenu est, d'un point de vue formel, présenté dans deux rapports séparés au lieu d'un seul. Ce qui importe, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les spécialistes impliqués (ATF non publié 9C 874/2011 du 17 juillet 2012, consid. 4.2). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid.

A/2123/2013 - 13/19 - 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; ATF non publié 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

## **E. 9**

Dans un arrêt de principe publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Socialversicherungsrecht*, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA). correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce

A/2123/2013 - 14/19 - qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p.

256). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent 9C\_950/2011 du 9 mai 2012 (publié à l'ATF 138 V 271 consid. 1.1), qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'OAI ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré. Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part des offices de l'assurance-invalidité de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (ATF non publié 9C\_908/2012 du 22 février 2013, consid. 5.1).

#### **E. 10**

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).

#### **E. 11**

En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision du 23 juin 2008, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 23 mai 2013.

A/2123/2013 - 15/19 - Pour répondre à cette question, il sied en premier lieu d'examiner la valeur probante des rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique des 26 et 30 avril 2012. Il y a lieu de relever que le rapport d'expertise rhumatologique du 26 avril 2012 repose sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique complet. Les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus sont clairement exposés et les conclusions prises de concert par les deux experts, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail globale de 30% dans une activité lucrative adaptée dès 2008, sont motivées. En effet, ces conclusions tiennent compte d'une amélioration conséquente de la symptomatologie psychiatrique, bien qu'il y ait eu une péjoration de la symptomatologie rhumatismale, ainsi que des limitations fonctionnelles somatiques retenues. Sur le plan rhumatologique, l'expert a exposé que la symptomatologie douloureuse cervicale et lombaire de la recourante s'était progressivement péjorée dès 2008 puis s'était exacerbée en mai 2010 et qu'il persistait, malgré une intervention chirurgicale effectuée en juillet 2010, des cervicalgies irritatives avec paresthésies des mains ainsi qu'une tendinopathie du long chef du biceps. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles somatiques retenues sont compatibles avec l'exercice d'une activité de patrouilleuse scolaire, que cette activité a été exercée par la recourante à raison de 11 heures par semaine au moins jusqu'en juillet 2010, et qu'il ne ressort pas du rapport que ces atteintes somatiques se seraient significativement aggravées depuis juillet 2010, la

capacité de travail globale de 30% retenue dans cette activité apparaît justifiée. En ce qui concerne le rapport d'expertise psychiatrique du 30 avril 2012, celui-ci repose également sur une anamnèse effectuée en connaissance du dossier médical, ainsi que sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique complet. Les conclusions de l'expert quant à l'existence, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail totale dans l'activité habituelle adaptée dès 2008 sont également motivées. Après avoir exposé l'historique du dossier, l'anamnèse (familiale, professionnelle et psychosociale) de la recourante, ses plaintes et le status psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué en substance qu'il ne retrouvait aucun symptôme des diagnostics psychiatriques envisagés. Selon son rapport, il a observé « des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger [...], une absence de symptomatologie anxieuse ou dépressive significative d'un diagnostic singulier incapacitant, une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité, ainsi que l'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse ». L'expert rapporte également que la recourante lui a déclaré à plusieurs reprises une amélioration sensible de sa symptomatologie psychiatrique et l'arrêt de sa dépendance alcoolique dès 2008, suite à sa séparation avec son ancien compagnon. Sur la base de ces observations et de l'évolution favorable décrite par la recourante dès 2008, l'expert a écarté les diagnostics psychiatriques retenus dans le premier rapport d'expertise

A/2123/2013 - 16/19 - bidisciplinaire, daté du 18 juin 2007. Si l'on peut regretter que l'expert n'ait pas mentionné dans son anamnèse les hospitalisations de la recourante intervenues en lien avec un état dépressif et une dépendance à l'alcool en décembre 2003, en novembre 2004, et en 2006, ce manque ne saurait toutefois à lui seul remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, compte tenu de l'amélioration convaincante retenue par l'expert dès l'année 2008, qui est corroborée par les déclarations de la recourante. Au vu de ce qui précède, les rapports d'expertise des 26 et 30 avril 2012 doivent a priori se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. On constate également que l'amélioration décrite par le Dr G\_\_\_\_\_ est corroborée par les déclarations de la recourante ressortant du rapport d'enquête ménagère du 1er novembre 2012, selon lesquelles « son état dépressif va mieux grâce aux médicaments [...] » et « la tête va très bien ». Les griefs de la recourante concernant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique doivent être rejetés. En premier lieu, l'expert psychiatre ne s'est pas contredit en ne retenant aucun diagnostic alors que la recourante était sous traitement psychotrope, puisque celle-ci ne présentait au moment de l'examen plus de symptôme attestant d'un trouble psychiatrique. En effet, son traitement permettait à l'évidence de traiter efficacement ses affections psychiques, lesquelles n'avaient plus de conséquences sur sa capacité de travail. Par ailleurs, le fait que le dosage des traitements ne soit pas indiqué dans l'expertise n'a pas d'importance, dans la mesure où ceux-ci sont néanmoins énumérés et n'ont donc pas été ignorés. L'établissement de l'expertise psychiatrique sur la base d'un entretien unique ne remet pas non plus en cause sa valeur probante, puisque celle-ci est complète. L'argument selon lequel l'intimé n'aurait pas tenté de mettre en œuvre une expertise consensuelle contrairement aux réquisits de l'ATF 137 V 210 se révèle également mal fondé. On ne voit pas quel bénéfice la recourante pourrait tirer de la jurisprudence précitée, dans la mesure où elle n'a jamais fait part du moindre désaccord vis-à-vis de l'expertise précitée, qu'il s'agisse du principe de l'expertise, du choix des experts ou des questions qui leur ont été posées. On rappellera également que selon la jurisprudence (ATF

138 V 271 consid. 1.1), il incombait à la recourante, conformément au principe de la bonne foi, de faire valoir ses éventuelles objections dès que possible, ce qu'elle n'a jamais fait en l'espèce. Par ailleurs, bien que l'historique mentionné dans l'expertise psychiatrique puisse paraître sommaire, rien n'indique que le Dr G \_\_\_\_\_ ne se soit pas prononcé en pleine connaissance du dossier. En effet, le rapport d'expertise du 18 juin 2007 et le rapport médical du Dr F \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2011, que le Dr G \_\_\_\_\_ a expressément mentionnés, constituaient au moment de l'examen les principaux documents pertinents sur le plan psychiatrique. Le rapport médical de la Dresse A \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2011 n'évoque qu'une problématique purement somatique, et les rapports médicaux plus anciens sont résumés dans l'expertise du

A/2123/2013 - 17/19 - 18 juin 2007. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, l'expert psychiatre n'a pas non plus procédé à une nouvelle appréciation d'une situation restée identique depuis 2007, puisqu'il ressort de son rapport une amélioration de la symptomatologie psychiatrique, que la recourante date elle-même de 2008. Les avis divergents exprimés par les Drs A \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ dans leurs rapports respectifs ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise. En effet, ces médecins traitants se sont limités à exprimer leur désaccord vis-à-vis de l'expertise sans apporter d'indice concret pour la mettre en doute, comme le requiert la jurisprudence. En outre, la capacité de travail et le pronostic qu'ils retiennent ne sont pas suffisamment motivés. Ils ne mettent pas non plus en exergue d'éléments dont les experts n'auraient pas tenu compte. Dans son rapport du 8 juillet 2013, le Dr I \_\_\_\_\_ indique que la recourante pourrait ne pas avoir décrit une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif majeur parce qu'elle était sous traitement médicamenteux au moment de l'examen de l'expert psychiatre. Dans la mesure où ces traitements sont mentionnés dans le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ et qu'il a tenu compte de l'effet de ces médicaments sur l'état de santé de la recourante, le Dr I \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun élément que ce dernier aurait ignoré, si bien que son avis ne remet pas non plus en cause les conclusions de l'expert. Au vu de ce qui précède, les conclusions des rapports d'expertise des 26 et 30 avril 2012 emportent la conviction de la Chambre de céans, de sorte qu'il sera retenu que la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 30% dans l'activité lucrative adaptée de patrouilleuse, son état de santé global s'étant amélioré dans cette mesure, dès le 1er décembre 2008 et à tout le moins jusqu'à l'expertise rhumato-psychiatrique d'avril 2012.

## **E. 12**

Postérieurement au mois d'avril 2012, l'état de santé psychique et somatique de la recourante ainsi que sa capacité de travail pourraient s'être aggravés, le dossier ne permettant toutefois pas de se prononcer en l'état sur ces éléments et partant, sur son degré d'invalidité à la date de la décision litigieuse. En effet, la recourante bénéficie d'un suivi psychiatrique auprès du Dr I \_\_\_\_\_ depuis le 25 janvier 2013, lequel retient dans son dernier rapport les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et de dépendance à l'alcool. En outre, la recourante allègue avoir tenté de se suicider le 4 mars 2013, ce qui confirme une possible aggravation sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, celle-ci a subi une intervention chirurgicale pour une tumeur de l'oreille moyenne gauche le 23 avril 2013, non connue de l'intimé lorsque la décision litigieuse a été rendue. Ces éventuelles aggravations de l'état de santé ont toutes eu lieu avant que l'intimé ne rende sa décision en date du 23 mai 2013. Or, selon la jurisprudence,

le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale,

A/2123/2013 - 18/19 - d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Compte tenu des éléments médicaux susmentionnés, dont il sied de tenir compte puisque ceux-ci sont intervenus avant le prononcé de la décision litigieuse, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Celle-ci pourra être réalisée par un complément d'expertise auprès des deux experts déjà mandatés par l'OAI ainsi que par une expertise en médecine interne, étant précisé que les conclusions communes devront être prises à la suite d'un concilium entre les experts. Il conviendra que ces derniers se déterminent sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé et sur la capacité de travail de la recourante pour la période du 19 avril 2012 jusqu'au 23 mai 2013, date de la décision litigieuse. Compte tenu du renvoi du dossier à l'intimé, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire ni d'entendre les Drs A\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ainsi que le fils de la recourante.

### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre le complément d'expertise susmentionné, puis si les conclusions des experts l'imposent, une nouvelle enquête menagère. La recourante, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'une indemnité doit lui être accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). Comme celle-ci n'a pas communiqué les faits justifiant le renvoi avant le prononcé de la décision litigieuse, entraînant ainsi des frais de procédure inutiles, il se justifie de réduire légèrement le montant de l'indemnité auquel elle a droit (ATFA non publié I 380/01 du 6 mai 2002, consid. 4). Après réduction, son indemnité de dépens s'élève à 1'700 fr. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2123/2013 - 19/19 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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