

GE_GERICHTE ATAS/201/2024 vom 27. März 2024

GE Cour de justice, 2024-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_201_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/201/2024 du 27 mars 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/201/2024 del 27 marzo 2024

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 - 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.

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la décision de l'intimé du 7 juin 2021, qui lui niait le droit à une rente dès le 1er juillet 2021.

E. 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). 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

A/1357/2023 - 16/22 - 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). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste

reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 4.1

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références). Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

A/1357/2023 - 11/22 - En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er 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). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante 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 1er 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).

E. 4.2

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1er janvier 2022. Toutefois, la modification des circonstances alléguée serait survenue avant cette date, conformément à l'art. 88a RAI. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 5

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 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

E. 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 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).

E. 5.2

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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 5.2.1

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 28), car celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une

A/1357/2023 - 13/22 - limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid.

8.1). Il convient dorénavant 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants : Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

A/1357/2023 - 14/22 - Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie

(anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

E. 5.2.2

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective. 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles

A/1357/2023 - 15/22 - dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les 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 psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

E. 5.3

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.4

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.

E. 5.5

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). 6. En l'espèce, la première question qui se pose est de déterminer si la capacité de travail ou le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable, au sens de l'art. 17 LPGA, depuis la dernière décision de l'intimé du 7 juin 2021 qui lui refusait tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'intimé estime que tel n'est pas le cas sur la base de l'expertise de la Dre L_____, dont la valeur probante est contestée par la recourante. 6.1 Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de l'expertise du 25 novembre 2022. 6.1.1 La recourante a fait valoir qu'elle avait été réalisée suite un examen psychiatrique durant lequel elle avait minimisé son état de santé. Elle avait en effet expliqué à l'experte pouvoir se débrouiller seule au quotidien pour la tenue de son ménage et les courses alors qu'elle était en réalité complètement dépendante de son fils et de ses proches lorsqu'il y avait trop. Cette tendance à minimiser les choses avait également été constatée par la Dre H_____ qui avait découvert au mois de mai 2023, une perte d'autonomie plus importante que celle qu'elle dépeignait. Selon son fils, elle n'était aujourd'hui plus capable de faire seule face à la vie de tous les jours, raison pour laquelle il lui apportait son aide régulièrement. 6.1.2 La chambre de céans constate que le rapport de l'experte n'apparaît pas erroné en tant qu'il retient que, de manière générale, la recourante arrivait à faire

A/1357/2023 - 17/22 - l'ensemble du ménage seule et sans aide, mais à son rythme, car elle avait peu d'énergie. Contrairement à ce que la recourante fait valoir, il ne ressort pas des déclarations de son fils à la chambre de céans qu'elle dépendait complètement de lui pour son ménage, même par moment, puisqu'il a indiqué qu'avant qu'elle bénéficie d'une aide au ménage, ce qui était le cas depuis quelques mois seulement, sa mère faisait le strict minimum et il ne l'aidait pas à faire le ménage. Elle avait encore du plaisir à se faire à manger et il l'aidait seulement à faire des grandes courses une fois par mois environ. Les déclarations de la recourante et de son fils ne remettent ainsi pas sérieusement ce que l'experte a indiqué dans son rapport au sujet de la capacité de la recourante à faire son ménage. 6.2 6.2.1 Selon la recourante, l'experte n'avait pas pris en compte ses plaintes, notamment concernant sa fatigue permanente. 6.2.2 L'experte a indiqué dans son rapport que la recourante était ouverte à un changement d'activité professionnelle, mais démotivée par sa fatigue constante. Elle a tenu compte, sous la rubrique « cohérence », du fait que le décalage entre la fatigue de la recourante et le constat objectif s'inscrivait dans le contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes. L'on ne peut dès lors retenir que l'experte n'a pas tenu compte de la fatigue alléguée par la recourante. 6.3 6.3.1 Selon la recourante, l'experte n'avait pas pris en compte ses plaintes relatives à son isolement social, faisant valoir qu'elle avait indiqué se sentir seule et ne voir que son fils ainsi que ses frères et sœurs occasionnellement. 6.3.2 La recourante a déclaré à la chambre de céans qu'elle était très seule, que son fils passait la voir tous les weekends et que, parfois, ils sortaient un peu, se balader ou pour aller au restaurant. Elle ne voyait pas souvent ses frères et sœurs et avait perdu ses amis depuis qu'elle avait commencé à jouer. Elle n'arrivait plus à sortir et à se rendre à des rendez-vous quand il arrivait aux amis qu'elle avait encore de la recontacter. Elle avait un petit chien et se promenait un peu au parc. Elle restait presque tout le temps à

la maison. Son fils a déclaré à la chambre de céans qu'il était toujours resté en lien avec sa mère depuis son départ du domicile de sa mère et qu'ils gardaient de bons contacts. Il essayait de la voir autant qu'il le pouvait, mais il était très pris par son activité professionnelle. Elle le contactait quand elle avait une difficulté. Elle était très en retrait par rapport aux membres de la famille. Elle allait de temps en temps

A/1357/2023 - 18/22 - aux anniversaires de ceux-ci et à des réunions familiales tous les trois ou quatre mois. Il était la principale ressource de sa mère. Le contact de celle-ci avec ses frères et sœurs était beaucoup plus distant. Elle était déphasée avec les autres et décrochait des conversations très vite. Elle se fatiguait. L'experte a retenu dans son rapport que la recourante présentait un isolement social partiel, mais pas total, que son réseau social était moyen, qu'elle voyait souvent son fils et sa sœur, qu'elle partageait de bons moments en famille, qu'elle sortait boire un café avec sa sœur et parfois rendre visite à un de ses frères, mais pas très souvent, et qu'elle faisait des promenades avec son chien trois fois par jour dans la campagne, ce qui lui faisait du bien, et de temps en temps avec sa sœur. La description faite par l'experte de la vie sociale de la recourante n'apparaît pas contraire aux déclarations de celle-ci et de son fils. Elle a correctement pris en compte un isolement partiel de la recourante, qui restait toutefois soutenue par des membres de sa famille, en particulier son fils. 6.4 6.4.1 La recourante a fait valoir qu'elle ne se déplaçait pas en transports sans difficulté comme l'avait rapporté l'experte et que la Dre H_____ avait au contraire indiqué dans ses rapports qu'elle était découragée lorsqu'il fallait faire des trajets trop loin. 6.4.2 L'experte a mentionné dans son rapport que la recourante lui avait dit qu'elle n'avait plus de voiture, qu'elle se déplaçait sans difficultés en transports publics et qu'elle était venue seule en bus aux entretiens d'expertise. Là encore, il n'apparaît pas que l'experte n'ait pas correctement rapporté les propos de la recourante, qui ne conteste pas pouvoir prendre en général les transports publics. 6.5 6.5.1 La recourante a fait valoir que les rapports médicaux de ses médecins n'arrivaient pas aux mêmes conclusions que l'experte, dès lors qu'ils retenaient que sa capacité de travail était nulle. 6.5.2 Le fait que l'appréciation des médecins traitant de la recourante soit différente de celle de l'experte s'agissant de sa capacité de travail ne remet pas non plus à lui seul en cause la valeur probante de l'expertise. La capacité de travail exigible d'une personne souffrant de troubles psychiques doit être examinée selon les indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral. Or, ces indicateurs n'ont pas été examinés par la psychiatre de la recourante, mais ils l'ont été par l'experte. Il en résulte que l'appréciation de la capacité de travail de la recourante par la Dre H_____ ne l'emporte pas sur celle de l'experte.

A/1357/2023 - 19/22 - 6.6 S'agissant des indicateurs, l'experte a retenu que l'intensité des troubles de la recourante était légère et sans impact significatif sur son quotidien du point de vue psychiatrique. L'absence d'un traitement antidépresseur et d'hospitalisations psychiatriques et un suivi psychiatrique mensuel et pas hebdomadaire plaident aussi indirectement contre un trouble incapacitant, une décompensation du trouble de la personnalité et des limitations fonctionnelles significatives. La recourante était capable de gérer seule son quotidien en faisant le ménage, les courses et les repas. Elle arrivait à se déplacer seule hors de son domicile et faisait des promenades. L'unique chose qu'elle ne pouvait pas faire, c'était l'administratif et gérer son argent, raison pour laquelle elle était sous curatelle depuis août 2020. Elle présentait un isolement social partiel, mais pas total. Les comorbidités psychiatriques retenues étaient des troubles qui n'entraînaient pas des limitations fonctionnelles significatives et qui n'étaient pas objectivables, sans

décompensation de la personnalité. S'agissant de sa personnalité, la recourante présentait des comportements durables et stables nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait de retenir un trouble mixte de la personnalité dépendante et anxieuse. Cela étant, ce trouble était présent depuis le début de l'âge adulte et ne l'avait pas empêchée de gérer son quotidien dans le passé, ni de travailler et il n'avait pas nécessité une hospitalisation psychiatrique. L'experte a fait état d'une bonne cohérence dans la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, précisant que le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivait dans un contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes. Au moment de l'expertise, la recourante gardait des capacités de ressources personnelles satisfaisantes du point de vue psychiatrique, sans aucune limitation fonctionnelle psychiatrique objectivable significative en dehors de la gestion de son argent par rapport aux jeux de hasard. L'experte ne retenait ainsi pas de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique. La recourante présentait une motivation ambivalente pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur et bonne pour le suivi psychiatrique selon l'anamnèse. La recourante a fait valoir que ses problèmes de santé somatique avaient certainement des conséquences sur son état psychique. Il ne ressort toutefois pas du dossier des comorbidités sur le plan somatique susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'experte sur la capacité de travail de la recourante. La Dre I_____ a en particulier indiqué le 13 juin 2022 que la thyroïdite

A/1357/2023 - 20/22 - d'Hashimoto diagnostiquée en juin 2021 était actuellement stabilisée et que sa capsulite rétractile gauche était en voie d'amélioration. Quant au Dr K_____, il a indiqué le 3 août 2022 que le diagnostic d'apnées du sommeil était traité correctement par CPAP et qu'il n'entraînait pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail pour la recourante. L'experte a ainsi correctement examiné les indicateurs jurisprudentiels de gravité et conclu qu'il en résultait qu'ils n'étaient pas remplis depuis août 2020 au présent, avec l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics retenus. 6.7 Il résulte des considérations qui précèdent que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 7. Sur la base de l'expertise, il convient de retenir que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé dans une mesure notable depuis la dernière décision entrée en force du 7 juin 2021, sur le plan psychiatrique, l'experte ayant constaté une évolution globalement stationnaire des troubles de la recourante depuis août 2020 au jour de l'expertise. Les rapports de la Dre H_____ ne suffisent pas à établir le contraire, la situation décrite par cette dernière dès novembre 2021 n'apparaissant pas suffisamment différente de celle décrite jusqu'au 7 juin 2021 pour justifier une révision de son droit à une rente. En effet, le 30 avril 2021, ce médecin retenait déjà une incapacité de travail de 100% avec comme évolution la plus marquante sur le plan psychiatrique le fait que la recourante avait cessé les jeux de hasard et d'argent. Elle se plaignait déjà d'une fatigue chronique, qui pouvait être attribuée au trouble anxio-dépressif et aux apnées du sommeil. En décembre 2021, soit après la dernière décision entrée en force, sa psychiatre évaluait toujours son incapacité de travail à 100% et la recourante n'avait pas repris les jeux. L'experte évoquait certes des affects anxio-dépressifs en péjoration, en raison de l'hypothyroïdie découverte, qui avait nécessité l'arrêt de la Venlafaxine. L'hypothyroïdie a toutefois été traitée et stabilisée sans difficultés particulières, à teneur du rapport de la Dre I_____ du 13 juin 2022. Cette dernière relevait

que les atteintes somatiques de la recourante étaient sans incidence sur sa capacité de travail, y compris le syndrome d'apnées du sommeil, malgré l'intolérance au CPAP. En octobre 2019 déjà, le Dr E_____ indiquait que la recourante présentait une symptomatologie anxio-dépressive de longue date avec des périodes de péjoration symptomatique. Dans son rapport du 20 juin 2022, la Dre H_____ confirmait que depuis novembre 2019, l'assurée avait traversé plusieurs épisodes de fluctuations thymiques et anxieuses. La décision querellée est ainsi bien fondée, dès lors qu'elle retient l'absence d'atteinte invalidante de la recourante et d'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force justifiant la révision de son droit à la rente.

A/1357/2023 - 21/22 - 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1357/2023 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

E. 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 des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

A/1357/2023 - 12/22 - Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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).

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