

# **GE\_GERICHTE ATAS/362/2024 vom 23. Mai 2024**

GE Cour de justice, 2024-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_362\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_362_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/362/2024 du 23 mai 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/362/2024 del 23 maggio 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 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**

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.

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).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté. 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

A/2862/2023 - 6/15 - 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 règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) 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). La réglementation

légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2). En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1er janvier 2022 ; toutefois, il n'est pas contesté qu'une modification des circonstances est 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. 4**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

#### **E. 5**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI, du 20 juillet 2023, de suppression de la rente d'invalidité de l'assurée.

#### **E. 6**

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques

A/2862/2023 - 7/15 - déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; 127 V 10 consid. 4b).

#### **E. 7.1**

L'art. 17 al. 1er 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal

fédéral 9C\_622/2015 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 ; 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).

## **E. 7.2**

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. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). 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/2862/2023 - 8/15 - manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

## **E. 8**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de

l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 9.1**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

A/2862/2023 - 9/15 - (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.

### **E. 9.2**

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

### **E. 9.3**

Un rapport du SMR 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).

A/2862/2023 - 10/15 -

#### **E. 9.4**

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).

#### **E. 10.1**

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

#### **E. 10.2**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210

A/2862/2023 - 11/15 - 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).

### **E. 11.1**

À titre préalable, il convient de noter que, par chargé de pièces du 17 avril 2024, le mandataire de la recourante a produit de nouvelles pièces médicales, soit : ■ un rapport de consultation du service de rhumatologie des HUG, daté du 25 mars 2024 ; ■ trois ordonnances relatives au traitement antidépresseur ; ■ une attestation datée du 16 avril 2024 de la Dre E\_\_\_\_\_, médecin assistant en psychiatrie au sein du cabinet « Les psys réunis », attestant qu'elle suivait la patiente depuis le 24 janvier 2024, à raison de deux consultations par mois et que cette dernière présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un traitement antidépresseur de Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour, de Quiétapine, 25 mg en réserve et d'Atarax, 25 mg par jour. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). Les nouvelles pièces médicales produites par la recourante, après l'arrêt incident du 22 décembre 2023, se rapportent à des pathologies rhumatologiques et psychiatriques présentes antérieurement à la décision querellée, raison pour laquelle il en sera tenu compte.

### **E. 11.2**

En l'espèce, la recourante souffre d'atteintes rhumatologiques et psychiatriques et expose avoir repris une activité professionnelle, dans un contexte de conditions de travail très favorables et sans exigence de rendement, mais que ce taux d'activité n'était pas pérenne en raison d'un risque significatif de décompensation dépressive.

L'OAI, de son côté, se fonde sur la reprise du travail pour estimer que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et estime que sa démission n'est pas justifiée par son état de santé mais par des considérations personnelles.

A/2862/2023 - 12/15 -

### **E. 11.3**

La recourante a versé à la procédure le rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_, daté du 29 novembre 2023, dans lequel ce dernier indique que la recourante est de base très fragile, sur le plan psychologique, en raison d'un état dépressif chronique, avec suivi psychothérapeutique et médication anti-dépressive au long cours, sous forme de Venlafaxine 75mg, 2 fois par jour. Sur le plan somatique, le médecin cite les lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis, avec multiples hernies discales ; des gonalgies droites chroniques, suite à un traumatisme de 2014 ; un asthme allergique aux poussières ; un canal carpien bilatéral traité par attelle nocturne et une hypothyroïdie substituée. Il expose que la recourante était, jusqu'à présent, à peine capable d'exercer son activité d'animatrice parascolaire à 20% et une augmentation de son taux de travail ne

paraît pas envisageable, de son point de vue, à l'heure actuelle. Il ajoute ensuite que la réévaluation de sa rente invalidité semble avoir plongé l'assurée dans une profonde détresse psychologique, avec une aggravation de son trouble anxieux-dépressif et la consommation de somnifères et de benzodiazépines. Bien qu'il ait reçu une copie du rapport des HUG du 11 octobre 2023 et qu'il ait été le destinataire du bilan médical effectué à la clinique des Grangettes, selon courrier du 20 février 2023, le médecin traitant ne mentionne pas ces troubles de la santé et semble se concentrer plutôt sur les troubles psychiques ainsi que sur les troubles du rachis. À cet égard et comme le relève le SMR, dans son avis médical du 9 octobre 2023, ces troubles sont connus. Néanmoins, pour rendre cet avis, le SMR s'est fondé sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 août 2023, mais pas sur l'ultime rapport médical du 29 novembre 2023. La différence entre ces deux rapports tient à ce que, selon le rapport de novembre 2023, le trouble anxieux dépressif se serait aggravé en raison de la profonde détresse psychologique, résultant de la réévaluation de la rente invalidité. Dans la motivation de son arrêt incident du 22 décembre 2023, la chambre de céans s'était étonnée que le Dr D\_\_\_\_\_ ne fasse pas mention de la moindre détresse psychologique liée à ce processus, dans son appréciation médicale du 25 août 2023, puis indique être dans une « profonde inquiétude », dans son appréciation médicale du 29 novembre 2023, soit trois mois plus tard. Les juges avaient également relevé qu'en dépit de cette détresse psychologique dont faisait état le médecin traitant, l'assurée n'était pas suivie par un médecin psychiatre, mais par une psychologue, les antidépresseurs étant prescrits par son médecin généraliste. Enfin, la chambre de céans avait constaté qu'en dépit des problèmes somatiques et notamment des douleurs liées au rachis, l'assurée n'était pas suivie par un rhumatologue.

A/2862/2023 - 13/15 -

#### **E. 11.4**

La situation a toutefois évolué, depuis lors, par la production de nouvelles pièces médicales, dont il sied de tenir compte pour les raisons exposées supra (cf. consid. 11.1). Le rapport de consultation du service de rhumatologie des HUG, daté du 25 mars 2024 et signé par le médecin adjoint agrégé F\_\_\_\_\_, confirme les diagnostics de lombalgies et gonalgies droites chroniques post-traumatique ; il mentionne sous « Anamnèse actuelle » : une douleur lombaire sévère ; un handicap fonctionnel sévère (56%) ; un trouble anxieux sévère, un trouble dépressif modéré ainsi qu'une qualité de vie de 40%, considérée comme faible. Il ajoute que parmi les facteurs de risque de chronicité, des conduites d'évitement et un état anxieux « plus que dépressif » sont venus renforcer ces éléments ; au vu du score HADS (hospital anxiety and depression scale) très élevé, il encourage une psychothérapie plus intensive. À cet égard, l'attestation du 16 avril 2024 de la Dre E\_\_\_\_\_ démontre qu'un tel suivi existe, depuis le 24 janvier 2024, à raison de deux consultations par mois et que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un traitement antidépresseur Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour. L'OAI, à qui ces pièces ont été transmises par la chambre de céans en date du 19 avril 2024, ne s'est pas déterminé. Il sied de rappeler que lorsqu'un cas n'a pas fait l'objet d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves ; des doutes même minimes sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance doivent conduire à des investigations complémentaires (cf. consid. 9.2 supra). Les pièces médicales en question ne pouvaient pas être prises en compte par le SMR qui s'est déterminé sur la base des pièces présentes au dossier en 2023. En se fondant sur les

éléments médicaux mis en avant par les médecins traitants de la recourante, des doutes subsistent quant à la précédente appréciation du SMR de l'OAI et il se justifie, en conséquence, de poursuivre l'instruction du dossier et d'ordonner une expertise bi-disciplinaire de la recourante, au sens de l'art. 44 LPGA, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. Étant précisé que la reprise partielle du travail par l'assurée n'est pas un élément déterminant attestant de la capacité de travail de l'assurée dès lors que cette dernière a allégué avoir démissionné car sa santé ne lui permettait pas d'accomplir sa tâche sans l'aide de ses collègues. Le fait qu'elle n'a pas mentionné ses troubles de la santé, dans sa lettre de démission, n'est pas un élément déterminant, contrairement à ce que semble en déduire l'OAI, qui justifie ladite démission par des raisons personnelles autres que l'état de santé.

A/2862/2023 - 14/15 - Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8). Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGA, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1er février 2019 consid. 8c). Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2). Compte tenu de ces éléments, c'est à l'intimé de mettre en œuvre cette expertise bi-disciplinaire, dans la mesure où il lui appartient, en premier lieu, d'instruire le cas avant de rendre sa décision.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 20 juillet 2023 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

## **E. 13**

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art.

61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**E. 14**

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2862/2023 - 15/15 -

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

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