

GE_GERICHTE ATAS/395/2020 vom 20. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_395_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/395/2020 du 20 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/395/2020 del 20 maggio 2020

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 LPGA relatives à la LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). b. 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). Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI dans sa teneur du 1er décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

E. 3

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

A/2400/2019 - 10/19 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les

conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, l'objet du litige est déterminé par la décision du 24 mai 2019, octroyant à la recourante un quart de rente basée sur un statut mixte de 75 % pour la part d'activité lucrative et 25 % restants pour l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage, une CT de 50 % exigible dans une activité adaptée déterminant un degré d'invalidité de 43.85 % arrondis à 44 %, la rente partielle étant octroyée dès le 1er août 2018 compte tenu de la demande déposée le 1er février 2018. La recourante conteste cette décision au motif que l'OAI n'a pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé dont a fait état la psychiatre traitante de l'assurée, ayant, selon ce médecin, pour conséquence que la CT résiduelle a été réduite de 50 à 20 %. Au vu des développements intervenus pendant la procédure d'instruction devant l'intimé depuis la demande de prestations reçue le 1er février 2018, il y a lieu de vérifier si, dans le cas d'espèce, l'OAI a à juste titre considéré que le taux de CT résiduelle de 50 % retenu dans la décision du 28 septembre 2017 persistait sans modification au moment de la décision entreprise.

E. 5

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 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

A/2400/2019 - 11/19 - 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 des assurances 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. 6

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

a. 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). b. 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

A/2400/2019 - 12/19 - 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 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). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

E. 8

Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. À teneur de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 1er décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente avait été refusé avant l'entrée en vigueur de cette

A/2400/2019 - 13/19 - modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs les travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, une nouvelle demande est examinée s'il apparaît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI aboutirait à la reconnaissance d'un droit à la rente. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

E. 9

En l'occurrence, et au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que la nouvelle demande, par courrier du 31 janvier 2018, reçue le 1er février 2018, était fondée exclusivement sur la modification du 1er décembre 2017 du RAI. Conformément à l'al. 2 des dispositions transitoires de cette modification, dans la mesure où les autres éléments n'avaient pas été modifiés, l'assurée demandait à l'OAI de rendre une décision lui reconnaissant le droit à un quart de rente- invalidité. Cette requête n'évoquait aucune aggravation de l'état de santé qui eût pu motiver une demande de révision, pour ce motif. Or, par courrier du 5 février 2018, l'OAI a accusé réception de la demande de prestations, indiquant à l'assurée que les pièces produites en date du 1er février 2018 (courrier du 31 janvier 2018) autorisaient l'office à entrer en matière au sujet de la nouvelle demande de

prestations. L'OAI a procédé dès lors à l'instruction de cette nouvelle demande - la CJCAS observant que le courrier du 31 janvier 2018 ne comportait aucune annexe, et notamment aucune pièce médicale -. Ainsi l'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande, et a commencé à l'instruire, sur le plan médical, sollicitant un rapport médical de la psychiatre traitante. Formellement, l'administration est ainsi entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations, allant au-delà de ce qui était sollicité par l'assurée, tout en restant dans le cadre de son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA). Ce faisant, et ayant décidé d'instruire cette affaire non seulement dans le cadre limité des nouvelles dispositions du RAI concernant les assurés ayant un statut mixte, mais encore par rapport à l'état de santé actuel de l'assurée, il se devait dès lors d'instruire cette question dans le respect des principes légaux et jurisprudentiels régissant l'instruction de la demande de prestations.

E. 10

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

A/2400/2019 - 14/19 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 11

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. 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). b. 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

A/2400/2019 - 15/19 - 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. 12

En l'espèce, force est de constater que la décision entreprise a été rendue après que l'OAI ait sollicité, d'office, un rapport de la psychiatre traitante de l'assurée. Il s'est ensuite prononcé en ignorant délibérément le résultat de ses investigations sur le plan médical, en évoquant dans le cadre de sa décision les seuls éléments d'appréciation résultant de la modification du RAI par rapport à la méthode de calcul du degré d'invalidité pour les personnes ayant un statut mixte. Et pourtant, après que l'OAI lui ait soumis le projet de décision (dont la motivation était rigoureusement identique à la décision qui sera finalement rendue le 24 mai 2019), l'assurée, représentée par son conseil, avait contesté ledit projet, notamment en reprochant à l'OAI d'avoir totalement ignoré les renseignements médicaux qu'il avait pourtant lui-même sollicités de la psychiatre traitante. Or, cette dernière concluait à une aggravation de l'état de santé respectivement du taux d'incapacité de travail de sa patiente, de 50 %, qu'elle avait retenu à l'époque en 2016, à 80 %, dès le 1er septembre 2017, dans toute activité. Ce nonobstant, l'OAI, qui n'avait déjà pas soumis les renseignements médicaux recueillis au SMR, avant d'élaborer son projet de décision, avait rendu la décision dont est recours, sans non plus soumettre préalablement à son service médical, dans le cadre de l'audition, les renseignements en question, respectivement en demandant au SMR de prendre position par rapport aux contestations de l'assurée, portant précisément sur ces questions médicales. Ce n'est en effet que dans le cadre de la procédure de recours devant la chambre de céans que pour la première fois et dans la perspective de sa réponse au recours, l'intimé avait demandé l'avis médical du SMR au sujet du rapport médical de la psychiatre traitante du 4 septembre 2018 (rapport du SMR du 17 juillet 2019 annexé à la réponse de l'intimé au recours, du 18 juillet 2019. Ce bref avis médical se bornait à constater que la psychiatre traitante retenait les mêmes atteintes que dans son précédent avis (9 avril 2016), pour lesquelles elle avait retenu une CT de 50 % dans une activité adaptée. Il indiquait en outre que la psychiatre traitante ne faisait pas état d'éléments cliniques objectifs justifiant une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 28 septembre 2017. Les limitations fonctionnelles décrites par le médecin, et le traitement étaient les mêmes que ceux décrits et retenus par le SMR. Le SMR s'est prononcé une seconde fois dans le cadre de la procédure de recours, par avis du 18 octobre 2019 sollicité par l'intimé dans la perspective de sa duplique du 21 octobre 2019; il a pris position par rapport à un nouveau

certificat médical de la psychiatre traitante, du 19 septembre 2019. Le SMR a observé que la psychiatre

A/2400/2019 - 16/19 - traitante retenait, en septembre 2019, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, s'étant aggravé depuis septembre 2018, l'épisode actuel moyen étant devenu sévère, et la CT résiduelle s'étant abaissée à 80 %; il a constaté que le médecin traitant décrivait une symptomatologie précise et observé que la posologie du traitement antidépresseur avait été adaptée, sans qu'il ne décrive la dose actuelle. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif d'intensité sévère, il a estimé que les critères énoncés par la CIM 10 pour que l'on puisse retenir un état dépressif sévère, comme le soutenait la psychiatre traitante, n'étaient en l'espèce pas réunis.

E. 13

Il résulte ainsi de ce qui précède que l'OAI a certes rendu la décision entreprise dans des termes et conclusions conformes à ceux de la demande initiale de l'assurée qui, en février 2018, n'avait nullement fait état d'une aggravation de son état de santé, que ce soit sur le plan psychique, ou somatique. Cependant, dès lors que l'OAI avait décidé d'entrer en matière et d'instruire la demande, par rapport à l'état médical de la patiente, et en particulier son évolution par rapport à la dernière décision entrée en force (28 septembre 2017), et ayant obtenu des renseignements médicaux sollicités de la psychiatre traitante, il ne pouvait pas ignorer, dans la décision entreprise, le résultat de ses investigations, et s'abstenir d'ailleurs, dans le cadre de l'audition, soit avant de rendre la décision entreprise, de soumettre l'avis médical du médecin traitant au SMR. Ceci dit, et conformément à son devoir d'instruction d'office, la chambre de céans n'est pas en mesure de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis médical de la psychiatre traitante du 4 septembre 2018, car il n'en réunit pas les conditions posées par la jurisprudence rappelée précédemment. S'il est vrai que la psychiatre traitante affirmait que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis la dernière décision, elle situait cette aggravation, respectivement la diminution de sa capacité de travail résiduelle à 20 %, dans toutes activités, au 1er septembre 2017, soit même avant qu'ait été rendue la décision prise pour base de comparaison dans le cadre de l'instruction de la demande de révision respectivement la nouvelle demande de prestations du 1er février 2018. Comme l'intimé l'a soutenu, dans le cadre de la procédure de recours seulement, la psychiatre traitante, retenant les mêmes diagnostics qu'en 2016, - ce qui, contrairement à ce que soutient l'intimé, n'est pas en soi suffisant pour exclure une aggravation de l'état de santé - n'explique pas de façon convaincante les raisons pour lesquelles elle a estimé que dès septembre 2017, la CT résiduelle était passée de 50 à 20 %. Elle explique certes que des tentatives de reprise de travail à 100 % dans l'intervalle s'étaient soldées par des échecs, mais elle n'indique pas en quoi ces échecs auraient rendu impossible une reprise de travail à 50 %, en ayant pour conséquence une réduction de la CT résiduelle à 20 %. On s'étonne d'autre part de constater que si l'on compare l'avis de la psychiatre traitante de 2016, avec celui émis au début septembre 2018, qu'en 2016, non seulement le traitement médical consistait dans la prescription d'Efexor 150 mg, mais encore la prescription de cinq autres médicaments parmi lesquels le Zaldiar, le Symbicort (pour l'asthme), l'Omeprazole et le Vi-de 3, alors qu'en

A/2400/2019 - 17/19 - septembre 2018, le seul traitement médicamenteux existant était celui d'Efexor 75 mg. Quant au dernier avis médical, du 19 septembre 2019, de la psychiatre traitante, il n'est pas davantage convaincant : les renseignements anamnestiques sont largement insuffisants et lacunaires, et suscitent des doutes quant à l'évolution de la CT

résiduelle de la patiente, dès lors qu'elle n'a fait état que d'une incapacité de travail à 50 % depuis le 1er avril 2016, avec des épisodes d'incapacité de travail à 100 % du 1er février au 31 mars 2016 et, préalablement, du 2 juin au 31 août 2015, mais n'évoque plus du tout l'aggravation alléguée dans son certificat médical du 4 septembre 2018, remontant selon elle au 1er septembre 2017, pour ne plus parler d'aggravation que dès septembre 2018. Selon elle, l'abaissement de la CT à 20 % (respectivement l'augmentation de l'incapacité de travail à 80 %) démontre une aggravation nouvelle, justifiant un diagnostic d'intensité sévère depuis septembre 2018, et remonterait à septembre 2018, alors que selon son certificat de septembre 2018, elle faisait remonter cet abaissement de taux de CT à septembre 2017 déjà. Les avis successifs du SMR, pendant la procédure de recours, ne sont guère plus convaincants. Le premier avis du SMR du 17 juillet 2019, très bref, se bornait à constater que la psychiatre traitante retenait les mêmes atteintes dans son précédent avis (9 avril 2016), pour lesquelles elle avait retenu une CT de 50 % dans une activité adaptée. Il indiquait en outre que la psychiatre traitante ne faisait pas état d'éléments cliniques objectifs justifiant une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 28 septembre 2017. Tant les limitations fonctionnelles décrites par le médecin, que le traitement étaient les mêmes que ceux décrits et retenus à l'époque par le SMR, ce qui n'est pas tout à fait exact d'ailleurs, comme on l'a vu. Quant au dernier avis du SMR, se prononçant sur le dernier certificat médical de la psychiatre traitante, examiné ci-dessus, il met certes en évidence certaines lacunes et insuffisances de la part de cette dernière, empêchant que l'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante, mais il n'est pas pleinement convaincant pour pouvoir exclure de façon certaine, une aggravation avérée de l'état de santé de la patiente depuis la dernière décision de l'OAI de septembre 2017, entrée en force. Il résulte donc de ce qui précède que la chambre de céans ne peut que constater que la décision entreprise a été rendue au terme d'une instruction insuffisante de la part de l'office intimé, de sorte que le dossier lui sera retourné pour complément d'instruction sur le plan médical, au besoin par le biais d'une expertise psychiatrique confiée à un médecin indépendant, psychiatre, et répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision entreprise sera confirmée en tant qu'elle octroie a minima un quart de rente à la recourante à dater du 1er août 2018, le dossier étant retourné à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

A/2400/2019 - 18/19 -

E. 15

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Cette indemnité est en l'espèce arrêtée à CHF 1'500.-.

E. 16

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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.