

GE_GERICHTE ATAS/525/2020 vom 24. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_525_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/525/2020 du 24 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/525/2020 del 24 giugno 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 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

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).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au 31 août 2012.

A/3798/2018 - 21/31 -

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances

sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

E. 6

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).

E. 7

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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165

A/3798/2018 - 22/31 - consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle 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 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, 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 limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 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).

E. 8

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.

E. 9

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/3798/2018 - 23/31 -

E. 10

a. 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. 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 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. b. Ainsi, en principe,

lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. 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

A/3798/2018 - 24/31 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [dont la teneur a été modifiée dès le 1er janvier 2018], ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [dont la teneur a été modifiée dès le 1er janvier 2018] et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et

l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

E. 12

a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité

A/3798/2018 - 25/31 - de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b. Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches ne peuvent plus être accomplies (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3).

E. 13

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 14

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

A/3798/2018 - 26/31 - 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 des assurances 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 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. 15

janvier 2013). Suite à l'arrêt de renvoi précité, l'intimé a mis en œuvre une expertise. Le Dr O_____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne, et le Dr P_____, psychiatre, ont examiné la recourante et retenu, dans leur rapport du 19 mai 2016, un syndrome de Gougerot-Sjögren avec polyarthralgies et asthénie. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient pour leur part sans influence sur la capacité de travail, un syndrome obstructif des apnées du sommeil traité par CPAP, des douleurs séquellaires de la cheville droite sur fracture luxation traitée par ostéosynthèse en 2011 et un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis en tout cas 2013.

A/3798/2018 - 27/31 - Les experts ont confirmé une totale incapacité de travail depuis août 2010, mais jugé que l'assurée avait recouvré la pleine capacité à exercer une activité adaptée fin août 2012, sans baisse de rendement. A la lecture de cette expertise et des pièces versées à la procédure, la Cour de céans estime que les conclusions auxquelles sont parvenus les Dr O_____, et W_____ ne peuvent toutefois se voir reconnaître pleine valeur probante et ce, pour les raisons qui suivent. Les conclusions de l'expert rhumatologue montrent plusieurs contradictions. Par exemple, après avoir noté que la cheville de la recourante reste douloureuse et tuméfiée en fin de journée, surtout si elle a beaucoup marché ou est restée debout en charge pour une longue journée, le Dr O_____ estime que, sur le plan somatique, il convient de se rallier aux conclusions des Drs D_____ et B_____ et de retenir que l'activité d'infirmière en milieu hospitalier n'est plus exigible et qu'une activité adaptée relativement sédentaire est possible sans diminution de rendement (p. 31 du rapport d'expertise). Pourtant, cette atteinte n'est finalement pas retenue au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant du syndrome de Sjögren, également, l'appréciation de l'expert rhumatologue manque de cohérence, puisqu'il retient cette atteinte à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail (jugée nulle dans l'activité d'infirmière), avec des douleurs articulaires chroniques à titre de limitations fonctionnelles (p. 35 du rapport d'expertise), puis conclut, de manière pour le moins contradictoire, à l'absence de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail de longue durée (p. 31 du rapport d'expertise). Au demeurant, les conclusions auxquelles aboutit le Dr O_____, qui n'est pas spécialisé en immunologie, ne paraissent pas pleinement convaincantes. Ce médecin relève notamment que ce syndrome se manifeste uniquement par des douleurs musculo-squelettiques sans substrat objectif, pour lequel la fibromyalgie reste un diagnostic

différentiel, et par une fatigue qui peut être secondaire à un syndrome obstructif des apnées du sommeil insuffisamment pris en charge. Selon lui, le syndrome est actif, mais peu pénétrant dans la mesure où le syndrome sec est à peine ressenti (p. 30 du rapport d'expertise). Or, le Dr C_____, médecin spécialiste en immunologie, a souligné qu'il n'y a pas de relation linéaire, ni de corrélation entre l'importance du syndrome sec et l'importance de l'atteinte articulaire. Il n'est en outre pas possible d'affirmer, comme le fait le Dr O_____, qu'il n'existe pas d'atteinte systémique articulaire, en se basant uniquement sur l'absence de tuméfaction articulaire ou sur l'absence de limitation articulaire. Selon le Dr C_____, contrairement à ce qu'avance le Dr O_____, la douleur caractéristique du syndrome peut être présente sans qu'on puisse objectiver de tuméfaction, de synovite ou de limitation articulaire (rapport du 5 octobre 2016). En outre, alors que le Dr C_____ fait état d'une fatigue et d'une fatigabilité accrues à

A/3798/2018 - 28/31 - titre de répercussions de cette maladie auto-immune (procès-verbal d'enquêtes des 13 mars 2014, rapports des 5 octobre 2016, 1er mars et 9 octobre 2018) - ce qu'il a encore confirmé, le 23 mai 2019, par-devant la Cour de céans, en expliquant qu'il s'agit de « la limitation prioritaire » -, le Dr O_____ ne retient ni fatigabilité, ni fatigue, en tant que limitation fonctionnelle engendrée par cette maladie. Or, selon le Dr C_____, la fatigue ne peut être uniquement mise sur le compte du syndrome d'apnées du sommeil, comme le fait le Dr O_____ (rapport du 5 octobre 2016). Quoi qu'il en soit, s'agissant du syndrome de Sjögren, force est de constater que les conclusions auxquelles aboutit l'expertise ne sont pas pertinentes. En effet, dans la mesure où il est incontestable que l'atteinte principale est cette maladie auto-immune, il était nécessaire et indispensable qu'un médecin spécialiste en immunologie apprécie les répercussions de ce syndrome sur la capacité de travail. En omettant de mandater un tel spécialiste, l'intimé ne s'est pas conformé à l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 22 décembre 2014. De surcroît, alors que le SMR avait dûment constaté - avant la mise en œuvre de l'expertise - l'absence d'informations détaillées sur l'expression clinique objective et l'évolution de la maladie auto-immune, et, partant, la nécessité d'obtenir le dossier de la recourante auprès du service d'immunologie des HUG l'ayant prise en charge (avis du 31 mars 2015), aucune demande dans ce sens n'a été faite par l'intimé. Partant, force est de constater que les experts du CEMed ne se sont pas prononcés sur la base d'un dossier complet. Sur le plan psychique, le Dr P_____ ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail depuis fin août 2012. Cela étant, dans la mesure où l'intimé a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale de fin août 2010 à fin décembre 2011 en raison, notamment, d'un trouble dépressif récurrent (avis du 15 janvier 2013 du SMR et rapport de la Dresse H_____ du 30 octobre 2012), il revenait à l'expert de mettre en évidence les éléments concrets d'un changement de l'état de santé sur le plan psychique survenu depuis lors, ce qu'il n'a pas fait. En effet, on rappellera que, dans le cadre de l'art. 17 LPGA, l'expert ne peut apprécier la situation uniquement au moment de son examen, sans prendre position par rapport à la situation passée. Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente. Un motif de révision ne peut être admis que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.3.2). Or, force est de constater que, dans son appréciation (pp. 31ss du rapport), le Dr P_____ passe sous silence l'incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif récurrent reconnue de fin août 2010 à décembre 2011, pourtant attestée par le Dr G_____, la Dresse H_____ et admise par le SMR (avis du 15 janvier

2013) et l'intimé. L'expert n'explique pas non plus l'état clinique de la recourante dès janvier 2012, de sorte que l'on peine à comprendre les éléments

A/3798/2018 - 29/31 - concrets permettant de retenir un changement de la capacité de travail fin août 2012. Pour l'ensemble de ces motifs, l'expertise réalisée auprès du CEMed, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique, n'emporte par la conviction de la Cour de céans. Si une amélioration apparaît plausible dès août 2012, les éléments au dossier ne sont toutefois pas suffisants, au regard de l'art. 17 LPGA, pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une amélioration justifiant une suppression de rente à compter du 1er septembre 2012. A l'inverse, la Cour de céans ne saurait non plus se fonder sur les seuls rapports des médecins traitants de la recourante, pour retenir, comme cette dernière le soutient, que son état de santé ne s'est pas modifié à compter d'août 2012, et ce, jusqu'au 25 septembre 2018, date de la décision litigieuse. En effet, ses médecins traitants ne semblent pas exclure, pendant l'intégralité de cette période, l'existence d'une capacité de travail résiduelle. En conclusion, en l'absence d'une expertise rendue conformément à l'arrêt de renvoi du 22 décembre 2014 (ATAS/1345/2014), la Cour de céans n'est malheureusement toujours pas en mesure de déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée pour la période courant du mois d'août 2012 jusqu'au 25 septembre 2018. Partant, la Cour de céans n'est pas en mesure non plus d'examiner si les conclusions auxquelles a abouti l'enquête ménagère, réalisée en janvier 2018, sont fondées. Pour ce motif, la cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre, dans les plus brefs délais, d'une expertise immunologique, orthopédique et psychiatrique, étant précisé que ce dernier volet devra être effectué dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 141 V 281). Cela fait, après avoir réalisé une nouvelle enquête ménagère portant sur la période courant dès août 2012, et après avoir fixé le degré d'invalidité de la recourante, l'intimé rendra une nouvelle décision se prononçant sur l'existence éventuelle d'un motif de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement, la décision du 25 septembre 2018 partiellement annulée en tant qu'elle supprime le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1er septembre 2012 et confirmée pour le surplus. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants s'agissant de la période courant dès août 2012. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les

A/3798/2018 - 30/31 - frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). Pour le surplus, étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoluments de CHF 1'000.-.

A/3798/2018 - 31/31 - 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.