

GE_GERICHTE ATAS/686/2021 vom 28. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_686_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/686/2021 du 28 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/686/2021 del 28 giugno 2021

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.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

E. 4

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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière au-delà de février 2018, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'était amélioré – et dans l'affirmative depuis quand et dans quelle mesure –; en d'autres termes de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a réduit la rente entière ordinaire - basée sur un degré d'invalidité de 100 % - qu'il avait allouée à la recourante depuis avril 2016, à hauteur d'une demi-rente ordinaire - basée sur un degré d'invalidité de 50 % - dès mars 2018.

E. 6

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en

A/4596/2019 - 19/34 - particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les

parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

A/4596/2019 - 20/34 - 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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).

E. 10

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).

E. 11

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). 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. 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

A/4596/2019 - 21/34 - 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. 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).

E. 12

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).

E. 13

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).

E. 14

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. 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).

A/4596/2019 - 22/34 - b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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). d. 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. 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

A/4596/2019 - 23/34 - 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. 15

En l'espèce, la recourante fait grief à l'OAI d'avoir mené une instruction médicale ne respectant pas les exigences de la jurisprudence. Elle estime que dans sa situation médicale complexe, impliquant des affections multiples relevant d'au moins trois spécialités présentant indéniablement des interactions entre elles, l'intimé ne pouvait se contenter d'ordonner dans un premier temps une expertise mono-disciplinaire, en l'espèce la rhumatologie, puis une seconde expertise mono-disciplinaire en matière psychiatrique, sans synthèse interdisciplinaire. Elle faisait grief à l'intimé d'avoir retenu, sur la base du seul avis contesté de médecins non-spécialistes, que le caractère invalidant des troubles gynécologiques ne dépasserait pas 50 % depuis novembre 2018. Ainsi l'intimé ne pouvait-il réduire la rente sans ordonner une expertise pluridisciplinaire, gynécologique, rhumatologique et psychiatrique. Il s'agit donc d'examiner, dans un premier temps, le mérite de cette argumentation. Comme l'a relevé l'intimé, contrairement à ce que soutient la recourante, la manière dont l'intimé a instruit le dossier, sur le plan médical, n'est pas contraire à la jurisprudence. En effet, selon le Tribunal fédéral (arrêt 9C_282/2012 et ref. citées - jurisprudence citée par l'OAI dans ses écritures -) si, dans le cadre d'une expertise

pluridisciplinaire, la CT devrait, idéalement, faire l'objet d'une appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, une telle discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue toutefois pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives – effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions – sont compatibles les unes avec les autres. Dans la cause soumise à l'appréciation de la Haute Cour, en résumé, la recourante souffrait notamment de gonalgies droites chroniques persistantes limitant à 50 % sa capacité de travail dans une activité adaptée; elle avait ainsi été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, réduite ensuite à un quart de rente. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée quelques années plus tard, l'assurée avait invoqué une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force. Étant entré en matière, l'OAI avait soumis l'assurée à une expertise

A/4596/2019 - 24/34 - neurologique (mono-disciplinaire). L'expert neurologue avait diagnostiqué une gonarthrose interne droite débutante sur status après méniscectomie arthroscopique, compliquée d'une arthrofibrose ayant nécessité une libération arthroscopique en 2003, des troubles dissociatifs (de conversion) mixtes du membre inférieur droit, un état dépressif probable ainsi que des cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques dégénératifs, un syndrome somatoforme douloureux n'étant pas exclu; sur le plan somatique, en particulier neurologique, l'expert indiquait que la situation était inchangée par rapport à la décision précédente, la CT et les LF étant les mêmes qu'à l'époque; ces limitations avaient cependant subi une péjoration probable au plan psychique et mental et devaient être réévaluées. Ainsi, sur la base des conclusions de l'expert neurologue, l'OAI avait dès lors mis en place une expertise psychiatrique (mono-disciplinaire). L'expert psychiatre avait diagnostiqué un trouble somatoforme et un épisode dépressif léger avec syndrome somatique n'entraînant aucune diminution de la CT de l'assurée. En substance et sur cette base, l'OAI avait maintenu le droit à un quart de rente, en niant l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'intéressée. Dans le cas d'espèce, force est de constater que l'OAI, comme dans le cas de jurisprudence susmentionné, a procédé de la même manière, et du reste pour les mêmes motifs : en effet, c'est sur la base des conclusions de l'expert rhumatologue, pour qui l'ensemble des constatations qu'il avait faites évoquaient le diagnostic de fibromyalgie que l'OAI, suivant les recommandations du SMR, a mis en place une seconde expertise, mono-disciplinaire, psychiatrique. Ainsi, la manière dont l'OAI a procédé n'apparaît pas critiquable, d'autant qu'une expertise pluridisciplinaire ne s'imposait pas d'emblée. Ce grief est dès lors infondé.

E. 16

Ainsi, s'agit-il dès lors de déterminer si les expertises rhumatologique et psychiatrique peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, à teneur des principes de jurisprudence rappelés ci-dessus (consid. 14). a. S'agissant de l'expertise rhumatologique du Dr M_____, la chambre de céans considère qu'elle réunit toutes les conditions de forme et de fond pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été effectuée par un spécialiste reconnu - du reste désigné parmi les spécialistes proposés par la recourante -, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse complète, après qu'il ait examiné personnellement l'assurée, recueilli ses plaintes et procédé à tous les examens complémentaires utiles; il a discuté de manière approfondie toutes les questions pertinentes, recherché et identifié les diagnostics entrant en ligne de compte, se prononçant dans la mesure utile sur ceux retenus par d'autres médecins ayant eu connaissance du cas,

expliquant les raisons pour lesquelles il n'en retenait pas certains, et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, après avoir répondu à toutes les questions posées. Dans son recours, l'assurée se borne à relever que l'expert rhumatologue a, en substance, estimé que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie rhumatologique invalidante, et qu'elle conteste les conclusions de cette expertise (§ « correspondant » – car non chiffré -, au ch. 9 de son offre de

A/4596/2019 - 25/34 - preuve p. 3). C'est toutefois en vain que l'on rechercherait dans la suite des écritures de la recourante en quoi elle conteste les conclusions de cet expert. Ce n'est pas davantage dans les documents produits, émanant de ses médecins traitants, que l'on trouve trace de contestation des conclusions du Dr M_____. D'ailleurs, la généraliste traitante, entendue par la chambre de céans et expressément interrogée sur la question de savoir si elle avait eu connaissance des rapports d'expertise (rhumatologique et psychiatrique), a répondu par l'affirmative, observant qu'elle n'avait guère fait que les survoler; et à la question de savoir si elle avait des commentaires à faire au sujet de ces expertises, elle n'a fait aucun commentaire au sujet de l'expertise rhumatologique. b. S'agissant de l'expertise du Dr N_____, l'expert retient les éléments suivants, par rapport au suivi psychiatrique de l'assurée : elle avait été prise en charge en raison de gestes suicidaires en 2009 au Centre de thérapies brèves (Dr I_____). L'expert remarque que c'est à ce moment-là que la patiente avait été diagnostiquée avec un trouble de déficit de l'attention (TDAH); par la suite, une prise en charge de 2015 à 2018 était effectuée par le Dr K_____, avec psychothérapie déléguée. L'expert se réfère au seul rapport de ce psychiatre figurant au dossier (3 septembre 2017), mentionnant que l'on savait que ce suivi s'était terminé en 2018 à la demande de l'assurée, qui avait repris ailleurs (il note – ch. 3.2.8 p. 18 – qu'après la suite de la prise en charge par le Dr K_____ et de la psychologue en 2018, et voyant que la psychologue était plutôt dépassée, l'assurée avait changé en favorisant un thérapeute jungien, le Dr O_____, dès janvier 2019). L'expert indique (ch. 5 informations éventuelles fournies par des tiers) avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr O_____ le 6 août 2019 : ce confrère suivait sa patiente depuis décembre 2018 à une fréquence hebdomadaire; elle était cependant souvent malade, indisponible, parfois la fréquence des consultations était perturbée. Il prodiguait une thérapie TCC et systémique. Dans ce cas plus précisément, une psychothérapie humaniste avec pour but du thérapeute une acceptation de la situation de sa patiente mais aussi ici le risque de ne pas la remettre en cause. L'alliance thérapeutique marchait et cela était son premier but. Ce psychiatre n'avait pas de diagnostic spécifique. La suite thérapeutique avait pour but de mobiliser des ressources bloquées dans un mélange de troubles entre un trouble de la personnalité mixte et un TDAH. Le but était de la stabiliser, la soulager sur le plan somatique - ce qui dépassait la spécialité du psychiatre -, et d'éviter la marginalisation. Le psychiatre traitant ne retenait pas de trouble délirant, remarquant que sa patiente était intelligente et forte en administration, mais que parfois elle touchait la limite paranoïaque, parlant d'activités de mafia et de trafic de drogue dans son immeuble; aucun traitement n'était prescrit : il en avait parlé avec elle, mais sa patiente était résolument contre; elle ne voulait rien entendre concernant la Ritaline; le Dr O_____ avait proposé un SSRI, mais pas un antipsychotique. Elle l'avait refusé également. À la limite, le problème du THC devrait être plus ciblé, mais là encore le problème de confrontation avec sa patiente existait également.

A/4596/2019 - 26/34 - Sur le plan de l'évolution, l'expert retenait une amélioration de l'assurée, ces dernières années. Depuis le rapport du Dr K_____ en 2017, l'expert

remarquait aujourd'hui être en présence d'une assurée capable de se gérer elle-même et de mener des occupations, ainsi que d'être inscrite dans un environnement social. Il n'y avait aucun comportement suicidaire ni d'idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux s'étaient pratiquement amendés, puisqu'il n'y avait plus de critères pour un trouble d'anxiété généralisée. Subsistait le trouble de déficit de l'attention, versus trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Dans le cas du trouble de déficit de l'attention avec une forte composante hyperactivité/impulsivité, l'assurée pourrait bénéficier d'un traitement psychostimulant sous forme de Ritaline ou dérivés. Ce traitement n'avait pas été essayé depuis 10 ans, tout en sachant que d'autres traitements existent outre la Ritaline, et seraient indiqués. À noter que ce type de troubles a tendance à être chronique et que le traitement pharmacologique adapté est le seul moyen d'obtenir une rémission. Le trouble de la personnalité restait un diagnostic différentiel à surveiller, mais ne remplissait pas les critères nécessaires. L'assurée pourrait intégrer un projet de réadaptation professionnelle, mais sa CT était pleine dans son activité habituelle. Dans la discussion, et l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a relevé qu'il n'y avait pas d'impact majeur sur tous les domaines de la vie de manière comparable. Plus précisément, la vie privée et sociale semblait fonctionner; c'était la vie professionnelle qui était en panne en raison d'une absence de volonté de reprendre une activité, chez une personne capable pendant plusieurs mois de fonctionner à l'hospice, ou même d'aller chercher dans les poubelles, ce qu'elle continuait à faire, d'après elle. Les limitations fonctionnelles évoquées par l'assurée étaient nulles sur le plan psychiatrique; l'expert comprenait les arguments du Dr O_____, mais l'assurée présentait avant tout un manque de volonté à intégrer un processus pour améliorer son intégration dans une activité professionnelle, refusant le traitement psychotrope de fond. Il n'y avait pas de divergence entre l'atteinte clinique et la description clinique, si ce n'est que l'expert évaluait certaines limitations comme étant un peu plus marquées que ce que l'assurée essayait de dire en idéalisant sa situation sur certains points spécifiques. Il faisait référence aux éventuelles difficultés relationnelles avec un environnement professionnel, une hiérarchie, une équipe. L'expert a retenu le diagnostic avec répercussion sur la CT de perturbation de l'activité et de l'attention (F.90) et, sans répercussion sur la CT, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1). Il précise, en ce qui concerne l'interaction entre diagnostics, que la consommation de cannabis augmente les difficultés de concentration retrouvées dans le trouble de déficit de l'attention, et retient que le sevrage de ce toxique est exigible, afin de confirmer avec certitude le diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, qui ne devrait pas pouvoir être posé en présence d'une prise d'un toxique comme un dérivé de THC. Il évoque encore, dans le cadre de la discussion de diagnostic différentiel, que les éléments suggérant le

A/4596/2019 - 27/34 - trouble de la personnalité borderline avec un profil impulsif marqué, une instabilité d'humeur, des antécédents d'automutilation et des éléments paranoïaques, sont néanmoins mieux expliqués par le trouble de déficit de l'attention, ne remplissant pas les critères suffisants pour un trouble de la personnalité. Toutefois, au vu de ces constatations, et de l'évolution de l'assurée, il considère qu'en dépit du diagnostic incapacitant retenu, la CT est entière, les difficultés de la recourante étant principalement liées à un caractère qui se refuse à tout avenir professionnel, sa seule attente étant celle de pouvoir obtenir de l'argent de l'assurance-invalidité pour pouvoir sortir de l'hospice qu'elle aurait également attaqué. Il observe également qu'en dépit du diagnostic effectué en 2009, il n'y avait pas de déficit de l'attention marqué lors de son évaluation, ce qui ne générerait donc

pas de limitation particulière. À l'instar de l'expertise rhumatologique, la chambre de céans considère que l'expertise psychiatrique du Dr N_____ réunit toutes les conditions de forme et de fond pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été effectuée par un spécialiste reconnu - du reste désigné parmi les spécialistes proposés par la recourante -, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse complète, après avoir examiné personnellement l'assurée, recueilli ses plaintes et avoir procédé à tous les examens complémentaires utiles, discuté de manière approfondie toutes les questions pertinentes, recherché et identifié les diagnostics entrant en ligne de compte, se prononçant dans la mesure utile sur ceux retenus par d'autres médecins ayant eu connaissance du cas, expliquant les raisons pour lesquelles il n'en retenait pas certains et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, après avoir répondu à toutes les questions posées. Dans son opposition, l'assurée s'en prenait à l'expertise psychiatrique, s'interrogeant notamment sur les raisons pour lesquelles l'expert avait pu écrire - suivant en cela ce que lui avait dit son ancien psychiatre (Dr K_____) - qu'elle allait mieux et qu'elle aurait arrêté la psychothérapie au début 2018, alors qu'en cours d'expertise elle avait indiqué à l'expert qu'elle était encore suivie par le Dr O_____ à l'époque de l'expertise. Elle se demandait qui pourrait s'abstenir de suivi psychiatrique suite à la perte de deux enfants consécutivement. La recourante perd toutefois de vue que ces griefs ne correspondent pas à la réalité : ainsi, (p. 25 ch. 7.2) au sujet de l'évaluation de l'évolution de la patiente jusqu'au jour de l'expertise, le Dr N_____ a retracé l'histoire de l'assurée sur le plan de sa prise en charge psychiatrique : après 2009 et le diagnostic du trouble de déficit de l'attention, il mentionne la prise en charge du Dr K_____ entre 2015 et 2018 (psychothérapie déléguée), puis dès le début 2019 (en réalité un peu avant, décembre 2018), la prise en charge de la patiente en psychothérapie à raison d'un rendez-vous par semaine par le Dr O_____ et un traitement sur base de naturopathie sous la forme de millepertuis, en cours; loin de ne pas tenir compte de ce que lui avait précisé l'expertisée, au sujet de son traitement actuel, il s'était entretenu avec le Dr O_____, par téléphone, le 6 août 2019 (rapport p. 21 ad 5.). L'amélioration de l'état de santé sur le plan

A/4596/2019 - 28/34 - psychiatrique, constatée par l'expert, repose non seulement sur ses propres constatations : prenant comme point de départ le rapport du docteur K_____ en 2017, l'expert a confronté l'état décrit à l'époque avec son propre examen, mais il a également tenu compte des éléments rapportés par le Dr O_____, et de la propre appréciation de l'expertisée qui lui avait elle-même indiqué avoir décidé au début 2018, de mettre fin à la thérapie suivie jusqu'alors et de commencer un autre type de thérapie (auprès du Dr O_____), (l'expertisée) décrivant une « amélioration ces derniers mois » (voir rapport d'expertise ad ch. 8.1. d p. 28). Certes l'expert a-t-il, en concordance avec tous les éléments en sa possession, et toujours sur le plan strictement psychiatrique, retenu une reprise de la CT entière, sans aucune limitation, dès le 1er janvier 2018; ceci tient naturellement compte de l'appréciation du précédent psychiatre, qui retenait une incapacité de travail essentiellement d'ordre somatique, avec quelques limitations sur le plan psychiatrique, pour le cas où l'intéressée reprendrait une activité professionnelle. La CT retenue n'est toutefois pas en contradiction avec le fait que la recourante ait cessé de suivre une thérapie pour une autre. Du reste, d'autres éléments du dossier montrent que la transition entre le suivi par le Dr K_____ (y compris le suivi délégué auprès de la psychologue J_____) et celui du Dr O_____ ne s'est pas faite d'un coup, mais progressivement dans le cours de l'année 2018, d'autres éléments du dossier le montrant : le 13 juin 2018, la recourante s'adressait à la gestionnaire de l'OAI, au sujet du rapport médical

que l'office sollicitait du psychiatre traitant, et qui n'avait pas répondu : « Concernant le rapport médical au Dr K_____, est-ce un 2ème rapport ? Je ne pense pas qu'il s'en occupera, je ne consulte quasiment plus ». Quoiqu'il en soit, les éventuelles imprécisions concernant certaines dates ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport. Quant à la généraliste traitante de la recourante, elle a eu connaissance du rapport d'expertise psychiatrique, mais, selon ses explications à la chambre de céans, à l'instar du rapport rhumatologique, elle n'a fait que le survoler; et à la question de savoir si elle avait des commentaires à faire au sujet de ces expertises, elle a observé que s'agissant de l'expertise psychiatrique, hormis le fait que lorsqu'on la voit une seule fois, sa patiente pouvait donner l'impression qu'elle est capable de faire plus que ce qu'elle dit, elle se souvenait qu'au niveau psychiatrique par exemple, son psychiatre de l'époque, le Dr K_____ et la psychologue qui s'en occupaient, mettaient en évidence de nombreux problèmes, en particulier l'anxiété généralisée. Ces vagues considérations ne sont évidemment pas de nature à remettre en cause la crédibilité et la force probante du rapport d'expertise du Dr N_____, qui s'est précisément prononcé, de manière convaincante, par rapport à ce diagnostic d'anxiété généralisée, qu'il ne retenait pas : ceci ressort non seulement de ses propres constatations, mais il s'est en outre expressément prononcé par rapport à ce diagnostic retenu par le Dr K_____ : « nous ne retenons pas un autre diagnostic cité dans les rapports médicaux, et notamment le dernier rapport de 2017 du Dr K_____, qui retenait un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée. L'assurée ne présente pas d'anxiété majeure actuellement et se présente de manière plutôt calme,

A/4596/2019 - 29/34 - mais au contraire de manière plutôt accélérée sur le plan mental pendant l'entretien et dans son retour d'expériences » (rapport d'expertise p. 23 3e §). En conclusion, la décision entreprise n'est pas critiquable en tant qu'elle se fonde sur les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique, tous deux probants.

E. 17

La recourante fait encore valoir que l'intimé ne pouvait réduire la rente sans ordonner une expertise pluridisciplinaire, gynécologique, rhumatologique et psychiatrique, afin d'évaluer de manière complète et globale l'ensemble des atteintes à la santé et leurs effets cumulés ou conjugués sur son aptitude à exercer une activité professionnelle. En tout état, il convenait encore de relever que la date du 1er mars 2018, retenue par l'intimé dans sa décision, ne coïncidait pas avec celle de la prétendue amélioration – contestée – de son état de santé, fixée au mois de novembre 2018, comme cela ressort de l'avis du SMR du 4 septembre 2019. Ainsi, indépendamment de la question de savoir si c'était à juste titre que l'intimé réduisait la rente, force était de constater que pareille réduction ne saurait être admise avant le 1er février 2019, soit à l'échéance du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI. a. Sur la question de la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, la chambre de céans ne reviendra pas sur ce qui a été dit précédemment (ci-dessus consid. 17). b. En revanche, toute autre est la question de la date retenue par l'OAI, pour déterminer au mois de mars 2018 l'amélioration durable de l'état de santé de la recourante conduisant à la réduction de la rente d'invalidité entière à une demi-rente dès ce moment-là. Comme on l'a vu, la chambre de céans a expressément invité l'OAI, - qui ne s'était pas prononcé dans ses écritures sur cette question -, à indiquer à la chambre de céans sur quelle base il s'était fondé pour déterminer à fin février 2018 la prise en compte de la supposée amélioration de l'état de santé de la recourante pour fixer à mars 2018 le mois à dater duquel l'amélioration évoquée entraînait la réduction de la rente selon l'art. 88a al. 1 RAI. La décision entreprise apparaît en effet

contradictoire : dans son dispositif, l'OAI indique que « dès le 1er mars 2018 (trois mois après l'amélioration de votre état de santé), vous avez droit à une demi- rente, basée sur un taux d'invalidité de 50 % ». Or, dans l'examen des motifs (« Résultats de nos constatations suite à l'audition »), l'OAI indique qu'à l'échéance du délai d'attente, à savoir septembre 2015, l'incapacité de gain de l'assurée était jugée entière, et par conséquent le droit à une rente entière était ouvert dès cette date. L'intimé poursuit toutefois ainsi : « Suite à une amélioration de votre état de santé, notre office est d'avis que votre capacité de travail est de 50 % dans une activité qui respecte vos limitations fonctionnelles dès novembre 2018 (c'est le soussigné qui souligne). L'activité habituelle d'assistante administrative/aide comptable est adaptée ». Cette considération reposait manifestement sur le rapport final du SMR du 4 septembre 2019, dont il ressortait notamment que selon un entretien téléphonique du médecin SMR avec la généraliste traitante de l'assurée, le 30 août 2019, la CT n'excédait pas 50 % dans une activité adaptée, les limitations

A/4596/2019 - 30/34 - fonctionnelles découlant de la connectivite indifférenciée et de l'endométriose du stade III-IV. L'activité habituelle était possible si dans un tel poste les LF étaient respectées. Le médecin traitant signalait une certaine fragilité psychologique qui restait fluctuante; enfin il était précisé que le médecin traitant était d'accord que cette discussion soit transcrite dans ce rapport. Selon le SMR, il était difficile, autant pour le médecin traitant que pour le SMR, de définir à partir de quand ce 50 % était exigible. En se référant à la totalité des pièces médicales et en dehors des épisodes de fausses couches (avril et octobre 2018), l'état de santé de l'assurée apparaissait suffisamment stabilisé en novembre 2018, référence étant faite (par rapport à cette date) à l'expertise rhumatologique. Sur ce point, le SMR concluait que dans un poste respectant les LF (éviter une activité nécessitant la position assise prolongée, les efforts physiques, privilégier un poste sédentaire ou l'assuré pourrait changer de position à sa guise, sans effort physique ni port de charges), la CT exigible était de 50 % dès novembre 2018, l'activité habituelle d'assistante administrative devant être retenue comme adaptée. L'intimé a répondu à la chambre de céans, par courrier du 10 décembre 2020, se bornant à indiquer avoir réinterrogé son service médical et en communiquant simplement et sans autre commentaire l'avis du SMR du 10 décembre 2020 « expliquant par le détail l'amélioration de l'état de santé de la recourante survenue en novembre 2018 ». À la lecture de l'avis du SMR, qui rappelle le dispositif de la décision entreprise, force est de constater que le service médical confirme les bases sur lesquelles, selon lui, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré, l'amenant à retenir que la recourante présentait une CT de 50 % dès novembre 2018. Il rappelle en somme l'essentiel de son rapport final du 4 septembre 2019, et notamment l'entretien téléphonique du 30 août 2019 avec la généraliste traitante, indiquant que cette dernière avait évalué que la CT de l'assurée ne pouvait pas dépasser un 50 % ; il indique qu'ainsi le SMR avait suivi l'avis du médecin traitant, notamment en raison de la présence d'un problème gynécologique associé à celui de la connectivite. Il avait ensuite choisi comme date d'amélioration de l'état de santé non pas le 1er janvier 2018 comme le proposait l'expert psychiatre, mais novembre 2018, car l'assurée avait eu durant l'année 2018 des problèmes gynécologiques et obstétricaux jusqu'en octobre 2018 (deuxième fausse couche), motivant une IT totale. Il rappelle que lors de l'expertise rhumatologique, il avait été mis en évidence que l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Enfin, le SMR concluait qu'ainsi il avait retenu une CT exigible de 50 % dès novembre 2018 (ndr. : ce qu'il avait d'ailleurs déjà confirmé dans son avis du

La recourante, assistée d'un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-.

E. 22

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

A/4596/2019 - 34/34 - 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.