

GE_GERICHTE A/2889/2024 vom 31. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2889_2024

FR: GE_GERICHTE A/2889/2024 du 31 mars 2025

IT: GE_GERICHTE A/2889/2024 del 31 marzo 2025

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

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. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

E. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si, à la suite de sa demande de révision du 29 août 2023, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les

dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

E. 3.2

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88 a RAI, à compter de cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

Lorsque l'administration entre en matière sur une demande de révision déposée par la personne assurée (art. 87 al. 2 RAI), elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré (prenant par ex. la forme d'un nouveau diagnostic posé au cours de la période de comparaison déterminante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_735/2019 du 25 février 2020 consid. 4.5) est réellement survenue. Si l'office AI entre en matière sur la demande de révision, il doit procéder à un examen complet (« allseitig ») en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_4/2021 du 1^{er} mars 2021 consid. 6.1.2). S'il constate que le degré d'invalidité n'a pas changé depuis le prononcé de la précédente décision entrée en force (rejetant la demande de rente ou de révision de la rente), il rejette la demande. Dans le cas contraire, il doit en outre examiner si le degré d'invalidité permet d'ouvrir ou augmenter le droit à la rente. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4^e éd., 2022, n. 122 ad art. 30 LAI).

E. 4.2

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%.

E. 4.2.1

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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88 a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021

consid. 2.2 et les références). En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). 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, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; également 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

E. 4.2.2

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 145 V 141 consid. 5.4 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.1 ; arrêt 9C_585/2023 du 25 janvier 2024 consid. 6.2). Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3; Margit MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, n. 27 ad art. 17 LPGA et les références). Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 5 et 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2).

E. 5.1

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

E. 5.2

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

E. 5.3

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence).

E. 5.4

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 malade, 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 5.4.1

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt

du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 5.4.2

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 6.1

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au

terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

E. 6.2

En vertu de l'art. 28 b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

E. 7.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

E. 7.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 7.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 7.3.1

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).

E. 7.3.2

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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 7.3.3

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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. 7.3.4

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 n° 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 distincte. 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 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 8.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 8.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 9.1

Conformément aux considérants qui précèdent (ci-dessus : consid. 4.2.2), il convient en l'espèce de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 26 novembre 2019 avec celle existant au moment de la décision litigieuse, du 8 juillet 2024, pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision à opérer en application de l'art. 17 LPGA. Par avis du 19 août 2019, consécutif au rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2019 du Dr E_____, le SMR a retenu que les diagnostics incapacitants retenus par cet expert – troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, (F33.1) et troubles paniques avec attaques de panique (F41.0) – limitaient l'exigibilité de toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (tristesse modérée, intolérance au stress avec impulsivité, difficultés de concentration subjectives, fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel, avec des attaques de panique) à 50% depuis 2017, cela étant également valable pour l'activité habituelle de secrétaire médicale qui était adaptée à ces limitations. Faisant sien l'avis du 19 août 2019 du SMR, l'OAI a, par décision du 26 novembre 2019, octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée avec effet au 1^{er} août 2018. À la suite du dépôt, le 29 août 2023, d'une demande de révision par l'assurée, le SMR a estimé le 16 novembre 2023, à l'examen du rapport du 3 novembre 2023 du Dr B_____ – qui mentionnait une incapacité de travail totale de l'assurée depuis mai 2023 – que les diagnostics psychiatriques, le constat clinique, le traitement antidépresseur et anxiolytique n'avaient pas subi de modification significative, que ce soit en comparant ce rapport avec la précédente appréciation du Dr B_____, du 27 mai 2021, ou avec les conclusions du 19 août 2019 du SMR, elles-mêmes fondées sur le rapport d'expertise du 15 juillet 2019. Aussi le SMR a-t-il estimé le 16 novembre 2023 qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pas

été rendue plausible et que dans son rapport du 3 novembre 2023, le Dr B _____ faisait une appréciation différente d'une même situation médicale. Dans un avis subséquent, daté du 25 janvier 2024, le SMR a en revanche estimé que le courrier du 4 janvier 2024 de l'assurée, cosigné par le Dr B _____, rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique (possible trouble primaire du sommeil) et nécessitait dès lors des mesures d'instruction. Estimant enfin, le 8 juillet 2024, à la lumière des informations entretemps recueillies sur le plan pneumologique et cardiologique, qu'il ne pouvait pas retenir d'atteinte à la santé somatique qui fût incapacitante de manière notable et durable, le SMR a conclu qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas établie et qu'en conséquence, ses conclusions du 19 août 2019 restaient valables. Sur cette base, la décision litigieuse a rejeté la demande de révision du 29 août 2023 et maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente. Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé psychique s'est péjoré depuis le printemps 2023 non seulement en raison de ses troubles du sommeil – ayant notamment pour composante des apnées du sommeil – mais aussi du fait du trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), désormais décompensé – alors qu'il ne l'était pas à l'époque des conclusions du SMR du 19 août 2019 – et d'une pharmacologie adaptée en raison d'une aggravation de l'atteinte. Aussi conviendrait-il de reconnaître valeur probante au rapport du 3 novembre 2023 du Dr B _____, de réviser la rente en fonction d'un degré d'invalidité de 100% et, si nécessaire, de mettre préalablement en œuvre une expertise bi-disciplinaire, réalisée par un médecin psychiatre et un médecin pneumologue.

E. 9.2

Avant d'examiner la valeur probante des rapports sur lesquels se fondent les parties, il sied de rappeler à titre liminaire qu'une modification de la rente par voie de révision suppose que la comparaison des états de fait déterminants dans le temps mette en évidence une modification des circonstances pertinentes (ci-dessus : consid. 4.2.2). On ajoutera que l'objet de la preuve est donc l'existence d'une différence – pertinente pour la décision de révision – ressortant des faits du dossier médical. La constatation de l'état de santé actuel et de ses répercussions fonctionnelles est certes le point de départ de l'évaluation ; elle n'est toutefois pas indépendante, mais n'est pertinente pour la décision de révision que dans la mesure où elle reflète effectivement une différence par rapport à l'état antérieur. La valeur probante d'une expertise rédigée en vue d'une révision de la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle se réfère suffisamment à l'objet de la preuve – modification(s) importante(s) de l'état de fait. Ainsi, une évaluation médicale complète, compréhensible et concluante en soi, qui serait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en règle générale dépourvue de valeur probante si cette évaluation (différant d'une évaluation antérieure) n'indique pas suffisamment en quoi une modification de l'état de santé a effectivement eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.3 et l'arrêt cité ; Diana OSWALD, in KIESER/KRADOLFER/LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 5 e éd., 2024, n. 36 ad Art. 17 LPGa). Vu qu'en l'espèce, l'OAI a estimé à la faveur des explications du courrier du 4 janvier 2024 de l'assurée et du Dr B _____ qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible sur le plan somatique, il convient d'examiner ci-après (consid. 9.3) si les rapports recueillis auprès des pneumologues et cardiologues sont de nature à établir une telle aggravation, au degré de la vraisemblance prépondérante, le même examen s'imposant sur le plan psychique (ci-après : consid. 9.4), étant rappelé que l'entrée en matière sur la

demande de révision entraîne l'obligation de procéder à un examen complet en fait et en droit (ci-dessus : consid. 4.1 et ATF 117 V 198 consid. 4b), bien que le SMR ait estimé par avis du 16 novembre 2023 qu'une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique n'avait pas été rendue plausible.

E. 9.3

Sur le plan somatique, singulièrement pneumologique, il ressort du rapport de du 22 mai 2023 du Dr H_____ que ce spécialiste a soumis l'assurée à une PSG pour une suspicion de troubles respiratoires associés au sommeil et qu'à l'issue de l'enregistrement effectué entre 22h12 et 6h01, il a conclu, entre autres, à la présence d'un SAS de degré modéré à sévère et à la présence d'un trouble du rythme cardiaque. Au regard de la symptomatologie de l'assurée, ce médecin a recommandé un traitement par orthèse d'avancement mandibulaire et, alternativement, la mise en place d'un traitement par CPAP. Selon les rapports des 1^{er} décembre 2023 et 31 janvier 2024 du Dr G_____, c'est cette dernière option qui a été mise en place dès juillet 2023, sans qu'elle ne débouche, cinq mois plus tard, sur une amélioration de la qualité du sommeil et de la somnolence diurne, d'ailleurs qualifiée de « non excessive » (score ESS de 7/24 en mai 2023 et de 6/24 le 1^{er} décembre 2023). Partageant l'appréciation du Dr H_____ quant à la présence d'un SAS modéré, le Dr G_____ n'en a pas moins précisé, au regard de l'inefficacité de la CPAP, que même si les symptômes nocturnes et diurnes étaient compatibles avec le SAS, ceux-ci n'en étaient pas moins totalement non spécifiques à ce diagnostic pneumologique (dont ne découlaient ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail), mais secondaires aux troubles psychiques (état anxieux, état dépressif, attaques de panique) et à des facteurs non médicaux (hygiène du sommeil perfectible de par le temps passé au lit en dehors des heures de sommeil et la télévision laissée allumée). En ce qui concerne la situation sur le plan cardiaque, il ressort des renseignements recueillis auprès du Dr J_____ que le contrôle cardiologique de janvier 2023 était dans les limites de la norme, sans éléments préoccupants, que l'anomalie décelée en juin 2023 par ce spécialiste (importante extrasystolie supraventriculaire avec absence de fibrillation auriculaire) était sans dangerosité et qu'au vu de cette situation, il n'y avait pas lieu d'introduire un éventuel traitement. À la lumière de ces éléments, la chambre de céans considère que le SMR peut être suivi en tant qu'il estime ne pas pouvoir retenir d'aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique, une atteinte incapacitante de manière notable et durable faisant défaut à ce niveau. D'avis contraire, la recourante soutient que le Dr H_____ et le Dr G_____ auraient émis des avis qui diffèreraient l'un de l'autre, tant sur les causes de ses troubles du sommeil que sur les traitements adéquats et qu'en conséquence, dans son avis du 8 juillet 2024, le SMR n'était pas fondé à conclure à l'absence d'atteinte incapacitante notable et durable sur le plan somatique. Ces arguments ne sauraient être suivis. La chambre de céans constate en effet que les Drs H_____ et G_____ s'accordent à retenir un SAS. Pour le reste, leurs rapports ne sont pas comparables, le premier spécialiste cité étant intervenu en amont, en tant que prescripteur d'une CPAP, alors que le second est intervenu six mois plus tard pour effectuer un bilan de cette mesure et en tirer les conclusions (« insomnie comorbide » dont les symptômes sont « totalement non spécifiques » au SAS). De plus, le Dr H_____ ne se prononce ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles, contrairement au Dr G_____. Aussi convient-il de considérer à la lumière des explications claires, cohérentes et non contredites du Dr G_____, qu'en l'absence de limitations fonctionnelles, de réduction de la capacité de travail et de répercussions sur les actes de la vie quotidienne existant en lien avec un

diagnostic pneumologique, le SMR était fondé à conclure à l'absence d'aggravation de l'état de santé qui reposerait sur une atteinte incapacitante notable et durable sur le plan somatique. Ainsi, compte tenu de l'absence de répercussions spécifiques au SAS, la question de savoir si dans le cadre de la comparaison temporelle déterminante (ci-dessus : consid. 9.1 in initio), l'insomnie « comorbide » est nouvelle et/ou se traduit par un changement clairement objectivé de la situation clinique depuis la décision du 26 novembre 2019 sera examinée ci-après (consid. 9.4).

E. 9.4

Sur le plan psychiatrique, la situation prévalant à l'époque de cette décision ressort du rapport d'expertise du Dr E_____. On signalera à titre liminaire que les troubles du sommeil étaient déjà d'actualité à cette époque et que l'expert les a pris en compte notamment dans l'examen de la dépression, sans que leurs répercussions ne se distinguent de celles retenues par le pneumologue G_____ : « l'expertisée fait mention de difficultés d'endormissement fréquents sans réveils nocturnes systématiques, mais ponctuels en fonction de ses angoisses. Toutefois, on ne retient pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne [en] l'absence d'une somnolence diurne au moment de l'expertise » (dossier AI, doc. 34, p. 144-145). En outre, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert intégraient notamment la présence d'une « fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré » (dossier AI, doc. 34, p. 154). Pour le surplus, on rappellera que sur les trois diagnostics posés par l'expert, seuls les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) et les troubles paniques avec attaques de paniques (F41.0) avaient une répercussion sur la capacité de travail, le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante (F61) n'en ayant pas. À cet égard, l'expert précisait qu'en l'absence d'une hospitalisation en psychiatrie et d'une prise en charge hebdomadaire, ce trouble de la personnalité était actuellement non décompensé (dossier AI, doc. 34, p. 150) et n'avait « pas empêché l'assurée à se former dans le passé sans limitations en dehors des épisodes dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique » (dossier AI, doc. 34, p. 151). S'agissant de la situation décrite par le Dr B_____ à l'appui de la demande de révision du 29 août 2023, ce médecin pose les mêmes diagnostics que l'expert E_____ dans son rapport du 3 novembre 2023, à ceci près qu'il considère que le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante (F61) a également une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il juge nulle depuis mai 2023. On constate cependant à l'examen des rapports antérieurs du Dr B_____ que ce médecin a considéré de tout temps que le diagnostic précité était incapacitant, que ce soit à l'époque de l'expertise du Dr E_____ ou plus récemment (notamment ses rapports des 11 mai 2018 et 27 mai 2021, concluant au demeurant à une capacité de travail de 50%). En outre, en se penchant sur le rapport du 3 novembre 2023 du Dr B_____, on constate que ce médecin ne répond pas à la question « quelle a été l'évolution de l'état de santé de votre patient/e depuis le début (spécifier la date) de votre prise en charge » (dossier AI, doc. 70, p. 273), mais qu'il se contente de décrire le traitement psychotrope en cours, si bien qu'on peine à déceler une corrélation entre la péjoration de la capacité de travail (0% depuis mai 2023 aux dires de ce psychiatre traitant) et un changement clairement objectivé de la situation clinique et des limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise psychiatrique de 2019. On constate néanmoins que la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante est abordée de manière plus détaillée par le Dr B_____ dans son rapport du 19 décembre 2024. Il y précise en effet que « lors de la première demande pour une rente d'invalidité en "2008" [

recte : 2018], la question de demander une rente partielle ou entière [s'était] posée. En effet, la patiente présentait déjà à l'époque un tableau qui pouvait justifier une demande d'une rente entière en raison de l'intensité des troubles existants. Finalement et dans le but de préserver un éventuel potentiel d'intégration professionnelle et de maintenir un minimum d'intégration sociale et également renforcer l'estime de soi, nous [avons] opté pour une demande de rente partielle. Mais l'évolution ultérieure de l'état clinique avec absence d'une stabilité durable et une sensibilité exacerbée aux stress professionnel et social, avec un épuisement psychologique croissant, [n'avaient] pas permis de maintenir cet objectif. La dernière expérience professionnelle en 2019 [était] venue confirmer ce constat de vulnérabilité psychologique trop importante pour permettre à la patiente d'assumer un poste de travail dans la durée. Actuellement, le[s] traitement[s] psychothérapeutique et médicamenteux sont optimaux, on ne peut [pas] envisager une amélioration notable de l'état de santé de la patiente et de ce fait, il n'y aura pas d'amélioration de la capacité à assumer un poste de travail dans un avenir proche. [L'assurée] est actuellement en incapacité de travail à 100% et ceci probablement pour une durée minimale de 2 à 3 ans. Ce délai est nécessaire pour la patiente pour sortir du cercle vicieux de l'anticipation anxieuse des situations professionnelles et sociales anxiogènes et paralysantes, qui entretiennent les troubles en cours. La rupture de ce mécanisme d'anticipation pourrait augmenter la probabilité d'une meilleure stabilisation de son état de santé et lui permettre de se concentrer pour tenter de mettre en place une organisation de son quotidien moins énergivore, sans disperser son énergie psychologique qui est déjà très réduite depuis des années » (rapport du 19 décembre 2024 du Dr B _____). La chambre de céans constate toutefois que, dans son rapport du 11 mai 2018, soumis à l'appréciation de l'expert E _____, le Dr B _____ rapportait déjà, outre « des troubles chroniques du sommeil évoluant depuis le début de l'âge adulte », « une anticipation anxieuse des situations d'interaction, aussi bien sociale que professionnelle » ainsi qu'une « évolution marquée par la labilité de l'état clinique avec des décompensations fréquentes de l'état thymique et une exacerbation de l'anxiété avec de[s] épisodes d'attaque de panique qui augmentent le comportement d'évitement et d'isolement », tout en concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (dossier AI, doc. 17, p. 72-74). On ajoutera que, dans son rapport du 27 mai 2021, pourtant postérieur à la dernière expérience professionnelle en 2019 – qui est présentée comme un point de bascule dans le rapport du 19 décembre 2024 –, le Dr B _____ faisait mention d'une absence de modification notable de l'état de santé depuis l'octroi de la rente et d'un « état fluctuant avec instabilité émotionnelle et des objectifs. Instabilité relationnelle et conflits fréquents » et attestait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, à l'instar de l'expert E _____ qui retenait en 2019 que ce taux d'activité correspondait aux capacités fonctionnelles effectives de l'intéressée (sur cette notion : ci-dessus : consid. 5.4.2). Au regard de la symptomatologie essentiellement identique ressortant, à six ans d'intervalle, des rapports des 11 mai 2018 et 19 décembre 2024 précités et de la motivation avancée pour expliquer le passage à une incapacité de travail totale depuis mai 2023 (« sortir du cercle vicieux de l'anticipation anxieuse des situations professionnelles et anxiogènes et paralysantes »), le Dr B _____ procède en définitive à une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé depuis la décision du 26 novembre 2019, de sorte que la preuve d'une modification importante de l'état de fait – qui serait survenue depuis lors – n'a pas été rapportée au degré requis de la vraisemblance prépondérante. Il s'ensuit que la décision litigieuse pouvait se fonder valablement sur l'avis du 8 juillet 2024 du SMR, concluant à

l'absence d'aggravation de l'état de santé. Sur ce point décisif pour l'issue du litige, les rapports médicaux versés au dossier sont suffisamment circonstanciés et explicites. En conséquence, la chambre de céans refusera, par appréciation anticipée des preuves (ci-dessus : consid. 8.2), de donner suite favorablement aux diverses mesures d'instruction sollicitées par la recourante.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 11

Un émolument de CHF 200.- est mis à charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** 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.