

GE_GERICHTE A/4038/2022 vom 31. Oktober 2023

GE Cour de justice, 2023-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4038_2022

FR: GE_GERICHTE A/4038/2022 du 31 octobre 2023

IT: GE_GERICHTE A/4038/2022 del 31 ottobre 2023

Erwägungen

E. 1

!

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 ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Conformément à l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La recourante n'était certes pas domiciliée à Genève au moment du dépôt du recours mais la décision attaquée a été rendue par l'office AI du canton de Genève (dont la compétence, dans le cas particulier, se fonde sur l'art. 55 al. 1, 2^{ème} phrase LAI et l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]). Il s'ensuit que la chambre de céans est aussi compétente ratione loci pour connaître du litige.

E. 1.3

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si à la suite de sa demande de révision du 28 janvier 2020, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

E. 3

![endif]>![if>

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI 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).![endif]>![if> En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente 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 de la modification se détermine selon 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'espèce, la décision attaquée a été rendue après le 1^{er} janvier 2022 mais le changement des circonstances invoqué à l'appui de la demande de révision (hémisyndrome sensitivomoteur) est survenu en juillet 2019 et avait donc déjà duré trois mois (art. 88 a RAI) au moment de l'entrée en vigueur des modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 précitées. ![endif]>![if> En conséquence, le présent litige doit être tranché à la lumière des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En revanche, conformément à la jurisprudence, les nouvelles règles de procédure doivent être appliquées dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires en la matière. Toutefois, ce principe de droit intertemporel ne saurait s'appliquer lorsqu'il n'y a pas de continuité entre l'ancien et le nouveau droit et que celui-ci institue des règles de procédure totalement nouvelles (ATF 129 V 113 consid. 2.2).

E. 4

Par un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) à plusieurs égards, tout d'abord pour ne pas s'être vu notifier une copie du rapport d'expertise du CEMed sitôt celui-ci rendu, mais n'en avoir pris connaissance qu'en consultant le dossier quelques jours avant l'échéance du délai fixé pour se déterminer sur le projet décision du 15 septembre 2022. En outre, l'intimé aurait également violé son droit d'être entendu en refusant de lui octroyer la prolongation de délai qu'elle avait requise pour présenter ses observations suite à la notification dudit projet, ce alors même que cet acte mentionnait la possibilité de demander une prolongation de délai

« en cas d'impossibilité de transmettre les documents appropriés pour des raisons pertinentes ». Enfin, la recourante précise qu'il existait, en l'espèce, une « raison pertinente » puisque son conseil avait allégué être dans l'attente de documents médicaux et faire face à une surcharge momentanée de travail.!

E. 4.1

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu que de manière exceptionnelle (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 131 consid. 2b).

E. 4.2

Il est constant que les délais légaux ne peuvent pas être prolongés, mais que les délais fixés par les autorités peuvent l'être (cf. notamment Ueli KIESER, Commentaire LPGA, 4^{ème} éd. 2020, n. 2 et 10 ad art. 40 LPGA et les références cités). C'est d'ailleurs ce que prévoit explicitement l'art. 40 al. 1 et 3 LPGA. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021, l'art. 57 a al. 3 LAI dispose que les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours. Il s'agit là d'un délai légal (ATF 143 V 71 consid. 4.3.4). Bien qu'ils ne souffrent aucune prolongation, des délais légaux peuvent être restitués en présence d'un empêchement non fautif de l'assuré ou de son mandataire (cf. art. 41 LPGA). D'un point de vue objectif, l'absence de faute est admise si des circonstances très particulières rendent impossible l'accomplissement de l'acte dans le délai imparti, par ex. un événement naturel imprévisible, l'incendie des bureaux du représentant de l'assuré, etc. Il suit de là que le délai dans lequel l'assuré devait procéder initialement est écoulé. D'un point de vue subjectif, l'empêchement non fautif est admis lorsque, pour des motifs indépendants de la volonté de l'assuré ou de son représentant, il leur était impossible d'effectuer l'acte requis dans le délai initial ou d'instruire un tiers dans ce sens. Classiquement, il s'agit par exemple d'une hospitalisation urgente ensuite d'un accident ou d'une maladie grave ou du décès d'un proche (cf. Anne-Sylvie DUPONT, in DUPONT/ MOSER-SZELESS [éd.] Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 4 ss ad art. 41 et les références). Une demande de prolongation d'un délai non prolongeable doit être traitée comme une demande de restitution de délai (cf. Ueli KIESER, op. cit., n. 22 ad art. 40 LPGA et la référence).

E. 4.3

En l'espèce, il sied de constater que ni le fait de n'avoir pas disposé du rapport du 8 novembre 2022 du Dr J_____ – produit subséquemment avec le recours – ni les autres motifs invoqués n'empêchaient l'assurée, respectivement son conseil de formuler ses observations dans les 30 jours à compter de la notification du projet de décision. Le fait que

l'intimé ait fait savoir, le 24 octobre 2022, qu'il ne donnerait pas suite à la demande de prolongation de délai, et qu'il ait rendu la décision litigieuse le lendemain n'apparaissent pas critiquables sous l'angle du droit d'être entendu. Une violation dans ce cas ne saurait par ailleurs être considérée comme grave au point qu'elle ne pourrait pas être réparée devant la chambre de céans puisque cette dernière bénéficie d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.1 ; ATF 134 V 199 consid. 1.2) et administre les preuves nécessaires (art. 61 let. c LGPA).!

E. 5

!

E. 5.1

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il peut arriver qu'une modification des fondements juridiques déterminants intervienne après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).!

E. 5.2

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 1^{er} 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).!

E. 5.2.1

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. 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. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V

200 consid. 1.2).!endif]>!if>

E. 5.2.2

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).!endif]>!if>

E. 6

!endif]>!if>

E. 6.1

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 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).!endif]>!if>

E. 6.2

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.!endif]>!if> 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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 6.3

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 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).!> 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. 6.3.1

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). 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 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 6.3.2

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et la référence).!>

E. 6.3.3

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). [endif]>[if> 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)[endif]>[if> A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)[endif]>[if> 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) [endif]>[if> C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)[endif]>[if> - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) [endif]>[if> 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). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 7

[endif]>[if>

E. 7.1

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (cf. ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).[endif]>[if>

E. 7.2

Selon l'art. 27 bis RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).!endif]>![if> Sous l'empire de l'art. 27 bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28 a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

E. 7.3

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 de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).!endif]>![if>

E. 7.3.1

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches

dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).!

E. 7.3.2

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport, sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié in VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).!

E. 7.3.3

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. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (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).! En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).

E. 7.3.4

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 133 V 504 consid. 4.2), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).!

E. 8

!

E. 8.1

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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).!

E. 8.2

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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 8.2.1

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.2.2

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 ; 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).

E. 8.2.3

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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. 8.2.4

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 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).!

E. 9

!

E. 9.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).!

E. 9.2

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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. 10

Pour apprécier, en l'espèce, le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 9 janvier 2020 avec celle prévalant au moment de la décision du 25 octobre 2022.!

E. 10.1

On relève, à titre liminaire, que les termes de la comparaison évoquée ont été soumis sous une forme similaire aux experts (cf. dossier AI, doc. 225, p. 977). Cependant, à la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était modifié par rapport à la situation médicale décrite dans le dossier sur lequel se fondait la décision du 9 janvier 2020, les experts ont répondu : « l'hémisyndrome sensitivomoteur gauche est resté inchangé, toujours sévère,

même s'il a été constaté au terme des séjours à Crans-Montana une petite amélioration que l'on n'observe pas actuellement ». Dans le même ordre d'idées, ils ont considéré que la question (qui leur était posée) de savoir à quand remontait la modification de l'état de santé était « sans objet » (dossier AI, doc. 225, p. 978). À la lecture de ces réponses des experts, il apparaît prima facie que ces derniers soient passés à côté du sujet de l'expertise, étant rappelé que les faits pertinents sont ceux sur lesquels se fondait le dernier examen matériel du droit à la rente (cf. ci-dessus : consid. 5.2.2) et qu'en l'occurrence, la situation médicale sur laquelle se fondait la décision du 9 janvier 2020 était celle ressortant des constatations de l'avis du 14 février 2019 du Dr F_____, médecin du SMR. Ce praticien concluait que l'atteinte à la santé consistait dans un état dépressif sévère, avec symptômes psychiques (F33.3), entraînant une capacité de travail nulle depuis avril 2016, sans qu'il soit alors question de l'hémisyndrome sensitivomoteur. En effet, bien qu'il soit apparu en juillet 2019, ce diagnostic n'est parvenu à la connaissance de l'intimé qu'après la décision du 9 janvier 2020, dans le cadre de la demande de révision du 28 janvier 2020. !endif>![if>

E. 10.2

Ceci étant précisé, il n'en reste pas moins nécessaire d'examiner, ci-après, s'il est possible, sur la base des constatations des experts, de tirer des conclusions sur les modifications induites par ce diagnostic. Ce point sera abordé ci-après dans le cadre de l'examen de la valeur probante du rapport d'expertise du CEMed sur le plan somatique/neurologique (consid. 10.2.1) et psychiatrique (consid. 10.2.2). !endif>![if>

E. 10.2.1

Il sied de relever que malgré le caractère seulement en partie pertinent (sous l'angle de la comparaison à effectuer) des réponses reproduites ci-dessus (consid. 10.1), lesquelles reviennent à dire que l'hémisyndrome sensitivomoteur est resté inchangé depuis son apparition, le Dr M_____ n'en relate pas moins, dans le cadre de son entretien avec la recourante, la situation avant et après ce diagnostic, dont les répercussions observées sont présentées comme suit dans le cadre de l'examen clinique : « [elle] se déshabille et s'habille de façon complète en utilisant uniquement le membre supérieur droit l'hémicorps gauche paraissant paralysé », qu'elle ne paraît « pas à même de tenir debout sans appui », qu'à l'examen des membres supérieurs, « l'épreuve des bras tendus est sans chute à droite et totalement impossible à gauche » et qu'au testing de la force musculaire, l'ensemble des groupes musculaires est à M5 à droite alors qu'on note une force de M0 à gauche, tout mouvement paraissant impossible ». Suite à ces constatations, l'expert neurologue conclut que « l'examen pratiqué [...] permet de retrouver un hémisyndrome sensitivomoteur gauche facio-brachio-crural apparemment sévère (plus sévère encore que dans les dossiers à disposition), avec une impossibilité pratiquement complète de mobilisation des membres supérieur et inférieur gauche ». Il précise que ce diagnostic « est résistant à toutes formes de tentatives de traitement, sans substrat somatique objectivable, et vraisemblablement à mettre en relation avec les éléments psychiques » (« syndrome de conversion lié à une problématique inconsciente secondaire à l'état psychique de l'assurée »). Sur le plan de la capacité de travail, il en résulte que « théoriquement, d'un point de vue strictement neurologique, on pourrait envisager que [l'assurée] puisse reprendre une activité professionnelle adaptée, c'est-à-dire une activité sédentaire, mono-manuelle de la main droite [...] se déroulant uniquement en position assise », mais que selon l'expert psychiatre N_____, les éléments psychiques (ci-après : consid. 10.2.2) ne permettraient pas la reprise d'une telle activité, rendant ainsi, d'entente entre les experts, la capacité de travail nulle

dans toute activité, même adaptée, depuis l'apparition de l'hémisyndrome sensitivomoteur gauche en juillet 2019 (dossier AI, doc. 225, pp. 1024-1026, 1032-1038). En ce qui concerne les travaux habituels, les experts estiment également de manière consensuelle que la recourante peut s'alimenter en utilisant la main droite et en restant en position assise dans son fauteuil roulant, qu'elle peut probablement également nettoyer la cuisine au quotidien. En ce qui concerne l'entretien du logement, seul passer la poussière leur paraît envisageable. La recourante gère ses achats. Ses démarches administratives sont effectuées par Pro Infirmis. S'agissant de la lessive et de l'entretien des vêtements, il semblerait que sa fille s'en chargerait. ![endif]>![if>

E. 10.2.2

D'un point de vue psychique, le Dr N_____ explique les raisons qui le poussent à s'écarter des diagnostics émis précédemment – dont celui de trouble somatoforme (Dr K_____) – et à retenir, en lieu et place, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) actuellement déstabilisé. Il ajoute que malgré cette différence d'appréciation diagnostique, il lui est possible de renvoyer aux précédents avis du SMR pour la capacité de travail et les limitations fonctionnelles qui découlent du trouble de la personnalité précité, si bien que la capacité de travail demeure nulle dans toute activité, même adaptée, depuis le 1^{er} octobre 2017. ![endif]>![if> La chambre de céans constate que même si l'expert N_____ ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418) et que ses explications requièrent de la part du lecteur qu'il recherche lui-même dans l'expertise les différents indicateurs jurisprudentiels et en fasse la synthèse lui-même, il ne résulte pas moins de l'inventaire de tous les points pertinents, en particulier des informations qu'il y a lieu de classer sous l'indicateur « atteinte à la santé », que le trouble de la personnalité évoqué limite la recourante de façon importante dans les 13 items d'activités et de participations répertoriés dans la « mini CIF-APP », à savoir, selon l'expert : - l'adaptation aux règles et routines, ![endif]>![if> - la planification et structuration des tâches, ![endif]>![if> - la flexibilité et l'adaptabilité, ![endif]>![if> - la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, ![endif]>![if> - la capacité à porter des jugements et prendre des décisions, ![endif]>![if> - les activités spontanées et la proactivité, ![endif]>![if> - la capacité d'endurance et de résistance, ![endif]>![if> - la capacité d'affirmation de soi, ![endif]>![if> - la capacité de contact et de conversation avec des tiers, ![endif]>![if> - la capacité d'intégration dans un groupe, ![endif]>![if> - la capacité aux relations privilégiées à deux, ![endif]>![if> - la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge, ![endif]>![if> - la mobilité et la capacité de déplacement. ![endif]>![if> L'expert ajoute que même si un traitement psychiatrique et psychothérapeutique n'aurait pas d'effet direct sur la capacité de travail à moyen terme, il existe tout de même une indication à la reprise d'un tel traitement, à la visite d'infirmières psychiatriques à domicile ainsi qu'à la poursuite du traitement antidépresseur qui est au demeurant observé par l'intéressée. S'agissant de l'axe « personnalité », les constatations faites, éclairées notamment par le parcours de l'intéressée (enfance, scolarité, formation, parcours professionnel et famille) et son status psychiatrique conduisent l'expert psychiatre à retenir que les ressources de la recourante sont actuellement hypothéquées par la psychopathologie qu'elle présente : elle est capable de communiquer et garde des capacités relationnelles, mais elle ne parvient pas à respecter un cadre, ne sait ni s'adapter ni s'organiser, est dépourvue de flexibilité psychique et d'endurance, et n'est pas toujours rationnelle. S'agissant de l'axe « contexte social », soit la

recherche d'un éventuel retentissement des troubles psychiques sur la vie sociale, l'expert constate que la recourante paraît entourée par quelques amis et une de ses filles, mais que le réseau social semble néanmoins relativement modeste. Enfin, le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte résiste à l'examen sous l'angle de la cohérence : selon le Dr N_____, bien que le diagnostic de trouble de la personnalité n'ait pas été discuté antérieurement à l'expertise, les limitations fonctionnelles qui en découlent ont été déjà largement évoquées par le SMR.

E. 10.2.3

Il résulte de ce qui précède que par rapport à l'état de fait sur lequel se fondait la décision du 9 janvier 2020, la recourante présentait toujours, à la date de la décision litigieuse, une atteinte à la santé psychique totalement incapacitante dans toute activité, même adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 14 février 2019, à savoir : une grande fragilité psychologique, une difficulté à gérer le stress, un effondrement des ressources d'adaptation, une difficulté à organiser le temps, à gérer ses tâches administratives et ses émotions, ainsi qu'une difficulté dans ses déplacements. En revanche, sur le plan neurologique, l'hémisyndrome sensitivomoteur gauche, apparu en juillet 2019, représente une atteinte nouvelle dont les limitations fonctionnelles ne se recoupent qu'en partie avec les limitations fonctionnelles d'ordre psychique (difficulté dans les déplacements) puisque selon l'expert M_____, « l'impossibilité pratiquement complète de mobilisation [...] et l'atteinte sensitive également sévère » ne concernent pas uniquement le membre inférieur gauche mais aussi le membre supérieur gauche (cf. dossier AI, doc. 225, p. 1034). Bien que cette limitation fonctionnelle supplémentaire en lien avec le bras gauche ne présente, d'un point de vue strictement neurologique, qu'un intérêt théorique sous l'angle de la capacité de travail – qui, selon l'expert M_____, serait entière dans une activité sédentaire, en position assise et mono-manuelle (droite) sans les aspects psychiques du cas –, il n'en reste pas moins que celle-ci a des répercussions pratiques sur les travaux habituels (cf. ci-après : consid. 12). Tenant compte des plaintes de la recourante, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes dans le sens ainsi précisé, le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 21 mars 2021 remplit les réquisits permettant de lui reconnaître valeur probante. Tel n'est en revanche pas le cas pour le rapport du SMR du 12 juillet 2022, en tant que celui-ci infère de l'expertise que l'état de santé serait stationnaire depuis le 1^{er} octobre 2017 et les limitations fonctionnelles celles déjà retenues par le SMR dans son avis du

E. 14

La recourante, représentée par une avocate, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPG). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 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.