

GE_GERICHTE A/653/2016 vom 20. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_653_2016

FR: GE_GERICHTE A/653/2016 du 20 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/653/2016 del 20 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florence BOURQUI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1974, originaire des Pays-Bas, entrée en Suisse en juillet 2008, titulaire d'un diplôme d'une Haute-École de commerce niveau Bachelor, a travaillé depuis le 11 mai 2011 comme secrétaire-réceptionniste à raison de trente-deux heures par semaine. Un diagnostic de sclérose en plaques a été posé en janvier 2012. Elle a été hospitalisée du 16 février 2012 au 21 février 2012 en neurologie. 2. Par courrier adressé au docteur B_____, généraliste et médecin traitant, le 21 mai 2012, le docteur C_____ du Service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a retenu le diagnostic de sclérose en plaques de type poussée-rémission traitée par Rebifl® et d'hématurie microscopique d'origine rénale à investiguer. Il indique que la symptomatologie est actuellement fluctuante, clairement moins présente lorsqu'elle est relaxée et exacerbée en période de stress. Le diagnostic différentiel s'oriente entre une nouvelle poussée ou une réactivation d'une ancienne lésion, bien que la première hypothèse soit plus probable. (...) Elle présente des anomalies de multiples organes « système nerveux central, reins, foie, aréflexie, poliosis, diabète de type II ayant débuté à 36 ans et sans obésité, une fausse couche, des céphalées chroniques, des épisodes de lâchage et de raideur des membres, des vertiges et selon ses dires une excavation du nerf optique et le facteur anti-nucléaire est augmenté à 320. Ces multiples symptômes évoquent une association de plusieurs maladies auto-immunes et nous organisons une consultation immunologique ». 3. L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 24 octobre 2012 auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). 4. Dans un rapport du 5 novembre 2012, le Dr B_____ a indiqué que sa patiente souffrait de sclérose en plaques depuis 2012, de diabète depuis 2010 et d'un état dépressif réactionnel depuis 2012. Il estime qu'elle pourra reprendre son activité de réceptionniste à 50 % à compter du 8 novembre 2012. 5. Par courrier du 30 novembre 2012, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 1^{er} février 2013, pour des questions de restructuration. Elle a toutefois pu être mise au bénéfice dès cette date d'un contrat à durée déterminée de trois mois à 50%. 6. Par courrier du 29 janvier 2013 adressé à l'OAI, le docteur D_____, neurologue, a indiqué qu'il avait vu l'assurée pour la première fois le 19 décembre 2012. La patiente n'est plus suivie au Service de neurologie des HUG depuis le 21 mai 2012. Il a pris la relève. Il a expliqué que l'assurée souffrait de sclérose en plaques dans le contexte de troubles sensitifs avec niveau D1 gauche associés à des vertiges rotatoires, qu'elle avait été mise au bénéfice d'un traitement de Rebifl® 44 44 microgrammes 3x/semaine, lequel s'associe, de façon inconstante, à des

effets secondaires (réactions pseudo-grippales, céphalées). Courant 2012, la patiente avait présenté des variations de la symptomatologie ne nécessitant pas de répéter le traitement stéroïdien. Un phénomène de Raynaud avait motivé une consultation immunologique à l'Hôpital qui, en dehors d'un phénomène de Raynaud primaire et d'une xérostomie n'avait pas mis en évidence d'éléments évocateurs d'une pathologie dysimmunitaire générale. Lors de la dernière consultation du 28 janvier 2013, la patiente se plaignait essentiellement d'une sensation de fatigue, d'une impression de flou visuelle, d'une impression d'instabilité modérée à la marche. Elle décrivait également de façon intermittente des paresthésies au niveau des pieds. [endif]>[if> Cliniquement, le Dr D_____ a retenu la présence de troubles de la sensibilité profonde au niveau des membres inférieurs, des éléments évocateurs d'une irritation pyramidale droite ainsi que des troubles de l'équilibre à la station debout et démarche. Compte tenu des plaintes de l'assurée et notamment de l'aspect fatigue, classique dans le contexte d'une sclérose en plaques, il a estimé sa capacité de travail à 50%. 7. Le 13 mars 2013, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire. Il fixe la capacité de travail à 50% dans le poste de travail occupé en tant qu'assistante de conférence. [endif]>[if> 8. Un rapport d'évaluation a été établi le 28 mars 2013. Il a été convenu qu'un cours type « spot-séminaire » relatif au droit suisse soit pris en charge. Une mesure de coaching à envisager en cours d'entretien a été abandonnée, « comme elle semble vivre les entretiens d'embauche comme un jeu et qu'elle a un excellent dossier ». [endif]>[if> 9. À titre de mesures d'intervention précoce, l'OAI a pris en charge un cours intitulé « devenir indépendant pourquoi et pourquoi pas » à l'École Club Migros en avril 2013, ainsi qu'un cours pour le développement d'un réseau professionnel organisé par OSÉO PRIMA du 12 juillet au 12 septembre 2013 à 50%, en vue de l'exercice d'une activité adaptée. [endif]>[if> 10. Le 23 juillet 2013, le Dr D_____ a indiqué que la situation n'avait pas évolué de façon notable sur le plan neurologique depuis son courrier de fin janvier 2013. Il précise que la patiente continue de bénéficier d'un arrêt de travail à 50% rédigé par son médecin traitant, le Dr B_____. Cet arrêt de travail lui apparaît tout à fait justifié dans le contexte. Le Rebifl ® a été remplacé par le Gilenya, en raison de la mise en évidence sur une imagerie d'une nouvelle lésion (comparaison des IRM de février 2012 et janvier 2013). [endif]>[if> 11. Le mandat IPA a été liquidé le 10 septembre 2013. L'assurée s'est dite très satisfaite des mesures octroyées. Elle a eu des entretiens toutes les semaines et est très optimiste par rapport à un engagement. Les mesures d'aide au placement lui ont été expliquées. [endif]>[if> 12. L'OAI a informé l'assurée le 18 septembre 2013 qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement indiquée. [endif]>[if> 13. Une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie et psychiatrie) a été mise en place par l'OAI auprès du CEMed, Centre d'expertises médicales, le 11 octobre 2013. [endif]>[if> 14. L'expertise a été réalisée les 6 et 13 novembre 2013 par les docteurs E_____, généraliste, F_____, neurologue, et G_____, psychiatre. Dans leur rapport du 9 mai 2014, les experts ont retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, la sclérose en plaques, et à titre de diagnostic sans effets sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique, des céphalées mixtes tensionnelles et vasomotrices, un diabète type II, une discrète atteinte polyneuropathique des membres inférieurs débutante, en relation avec le diabète, une dysplasie de la hanche gauche congénitale, une allergie aux AINS (angioedème), un phénomène de Raynaud primaire et une xérostomie. [endif]>[if> Les limitations fonctionnelles portent uniquement sur la fatigabilité entraînant un besoin accru de repos et une perte de rendement. Les experts ont

considéré que « Actuellement, on relèvera que l'assurée n'a plus présenté de poussées depuis 2012, que l'évolution de l'affection est stabilisée, que le traitement de Rebifl lui-même connu pour entraîner une fatigue importante a été remplacé par le Gilenya et qu'en conséquence, les facteurs restrictifs de la capacité de travail sous forme d'une fatigue/fatigabilité ont clairement diminué, de telle sorte qu'une capacité de travail de 70% dans une activité à plein-temps paraît raisonnablement exigible pour ce qui est de la fatigue chronique liée à la sclérose en plaques, et éventuellement aux autres affections dont souffre l'assurée . En ce qui concerne les céphalées tensionnelles, celles-ci ne sont pas une cause d'invalidité reconnue et ne représentent pas une cause d'incapacité de travail. Les migraines, de par leur rareté, sont sans conséquence évidente sur la capacité de travail. S'agissant de l'atteinte polyneuropathique liée au diabète, celle-ci est discrète, ne s'accompagne pas de phénomènes dysesthésiques et n'entraîne pas de conséquence fonctionnelle ; elle est donc sans répercussion sur la capacité de travail. En conclusion, pour ce qui est de la capacité de travail, comme mentionné plus haut, on retiendra les incapacités de travail ordonnées par les différents médecins-traitants jusqu'ici ; à partir de la présente expertise, la capacité de travail est complète en temps avec une diminution de rendement de 30%. Sur le plan psychique, l'assurée a déjà fait en 2004 un épisode dépressif clair ayant nécessité un arrêt de travail total durant deux semaines et quelques autres semaines à temps partiel, ainsi qu'un traitement antidépresseur durant une année et une courte prise en charge psychothérapeutique. Elle a fait un probable état dépressif d'intensité légère en 2000, n'ayant nécessité aucune incapacité de travail ni prise en charge. L'actuel état dépressif est attribué par l'assurée à ses problèmes de santé et au fait qu'elle n'a pas d'enfants (une fausse couche en 2011, une IVG en 2013, mari ne désirant plus fonder une famille). Il s'est développé progressivement depuis février 2012, dès juin de la même année. Son médecin traitant lui a prescrit un antidépresseur (Citalopram d'abord, puis Remeron). Se sentant mieux, de sa propre initiative, elle a diminué de moitié la posologie de Remeron à 15 mg/j, il y a trois semaines. Mais, d'après ses dires, la symptomatologie dépressive s'est exacerbée depuis cette baisse, le dosage de la substance montre que le taux sanguin est très en-dessous de la zone thérapeutique. Actuellement, l'expertisée n'a aucun suivi psychothérapeutique. L'assurée se plaint d'une symptomatologie dépressive d'intensité plutôt légère à moyenne selon les jours, se sent fortement déprimée 3 à 4 jours par semaine, sommeil perturbé par des cauchemars, troubles à l'endormissement parfois, fatigue surtout matinale, estime fluctuante. (...) En conclusion, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis 2004, l'épisode actuel est le deuxième, actuellement l'intensité est légère à moyenne. L'assurée a également des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais elle ne remplit pas tous les critères pour que ce diagnostic de personnalité pathologique puisse être posé ». 15. Dans une note du 8 décembre 2014, le médecin du SMR a pris acte du fait que sur le plan neurologique, les incapacités de travail étaient justifiées dans toute activité lucrative, qu'en raison d'une évolution favorable, l'expert a estimé que l'assurée pouvait reprendre depuis novembre 2013 une activité telle que celle exercée auparavant ou jugée équivalente à 70% la fatigue justifiant une baisse de la capacité de travail de 30%, et que sur le plan psychiatrique, s'était ajouté un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne n'entraînant cependant pas d'incapacité de travail en lui-même. ![/endif]>![if> 16. Une enquête économique sur le ménage a été menée le 30 janvier 2015. L'assurée a mentionné qu'elle avait toujours essayé de sélectionner des postes à 80% plutôt qu'à 100% pour des raisons de santé. Elle a à cet égard expliqué que depuis la fin de ses études, elle souffrait de fatigue inexplicable, de migraines aiguës et d'autres

douleurs. Son neurologue lui aurait mentionné, lorsque le diagnostic de sclérose en plaques avait été posé en 2012, que la maladie évoluait depuis des années, ce qui expliquait ses symptômes physiques de longue date. Elle considère dès lors qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. ![endif]>![if> Le 6 février 2015, le Dr D_____ a confirmé que le diagnostic de sclérose en plaques de forme poussée/rémission est fréquemment posé plusieurs années seulement après le début effectif de l'affection. 17. La doctoresse H_____ a établi le 25 mars 2015 une attestation, à la demande de l'assurée, aux termes de laquelle celle-ci suit une psychothérapie depuis novembre 2014 pour des attaques de panique liées à la survenue successive de maladies somatiques graves, notamment le diabète et la sclérose en plaques, entre 2010 et 2013. Aussi, compte tenu de l'état psychique de la patiente, la Dresse H_____ considère-t-elle que des prestations d'une assurance-invalidité notamment pour assistance à domicile lui seraient bénéfiques. ![endif]>![if> 18. Dans une note du 23 avril 2015, le médecin du SMR a admis que dans le contexte du diagnostic de sclérose en plaques, l'assurée aurait travaillé à 100% si elle n'en avait pas été empêchée par son affection neurologique. ![endif]>![if> 19. Le 10 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, du 1^{er} juin au 31 octobre 2013. ![endif]>![if> 20. Par courrier du 7 juillet 2015, l'assurée a contesté ce projet de décision, alléguant que « suite à une fonction de fatigue importante, des troubles neurologiques et une chute de moral (attaque de panique, dépression), mon médecin traitant conclut toujours à une incapacité de travail de 50% ». Elle a transmis à l'OAI un courrier du Dr D_____, daté du 22 juillet 2015, aux termes duquel « je persiste à penser que l'assurée pour des raisons médicales est difficilement capable de travailler à plus de 50% . (...) Je me permets de rappeler que cette patiente présente une sclérose en plaques de forme poussée/rémission associée à une fatigue et une fatigabilité physique et cognitive limitant sa capacité de travail à 50%. Dans l'intervalle, on a par ailleurs mis en évidence des troubles sphinctériens en relation avec l'affection démyélinisante. Par ailleurs la situation a évolué défavorablement sur le plan psychique, la patiente développant des troubles psychiques nécessitant l'instauration d'un traitement de Remeron, remplacé dans le contexte d'une prise pondérale (effets secondaires classiques de cette molécule) par de la Vanlafaxine (...). Rappelons par ailleurs que la patiente présente un diabète insulino-dépendant dont la gestion semble relativement complexe avec des épisodes de décompensation occasionnels ». ![endif]>![if> Le 3 août 2015, le Dr B_____ a également confirmé que sa patiente ne pouvait exercer une activité professionnelle au-delà de 50%, en raison de la fatigue éprouvée et des poussées liées à son affection neurologique. Le 6 août 2015, le docteur I_____, diabétologue et endocrinologue, a soutenu le point de vue de ses confrères s'agissant de l'estimation de la capacité de travail à 50% (dans un travail de type administratif avec des horaires réguliers). Il a expliqué qu'« à ce jour, elle est donc au bénéfice d'un traitement qui associe Lantus et Janumet avec un équilibre glycémique relativement moyen (HbA1C = 7,8%), ce qui laisse anticiper à court, voire moyen terme, l'introduction d'un traitement de type basal bolus, qui sera donc beaucoup plus exigeant (4 à 5 injection par jour). Actuellement, l'assurée souffre principalement de fluctuations glycémiques importantes avec des hypoglycémies mal ressenties, et cela dans le contexte des troubles neurologiques en relation avec sa sclérose en plaques, qui modifient clairement les seuils de perception. De plus, elle présente une probable hypertension artérielle, pour laquelle elle n'a pas encore de traitement ». 21. Dans une note du 6 novembre 2015, le médecin du SMR a pris note de l'apparition de troubles sphinctériens en relation avec l'atteinte démyélinisante, mais constate que le Dr

D_____ n'apporte pas plus de précisions. Il relève également que la problématique psychiatrique se serait péjorée. Il considère enfin que le diabète reste stable, de sorte que cette atteinte ne peut pas être considérée comme étant incapacitante. Il demande, au vu de ce qui précède, à ce que l'instruction soit complétée auprès du Dr D_____. ![/endif]>![if> 22. Celui-ci, le 24 novembre 2015, a indiqué que « le 7 septembre, à l'occasion d'un contrôle en relation avec le traitement de Gilenya instauré en 2013, la situation était stable dans le temps avec la persistance d'une fatigue et d'une fatigabilité habituelle dans le contexte d'une sclérose en plaques. La patiente continue de signaler des troubles sphinctériens, ainsi que des symptômes sensitifs douloureux intéressant le membre supérieur gauche, et dans une moindre mesure, les membres inférieurs. La patiente continue par ailleurs de souffrir d'un diabète difficile à contrôler et de troubles psychiques motivant la prise régulière de Venlafaxine 75. ![/endif]>![if> Un bilan biologique a été répété et une IRM cérébrale et médullaire ont été agendés pour le début 2016. En l'état actuel et compte tenu des multiples comorbidités de l'assurée, l'aptitude mentionnée dans mon courrier du 22 juillet concernant le travail, reste inchangée (activité professionnelle à 50%) ». 23. Le 17 décembre 2015, le médecin du SMR a constaté que le Dr D_____ n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer des examens complémentaires IRM cérébrale et médullaire avant début 2016 devant les nouveaux troubles sphinctériens dont il fait mention ni d'investigations urologiques, qu'il ne fournit pas de status neurologique objectif et ne fait que rapporter les plaintes anamnésiques de l'assurée. Le médecin du SMR en a conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier ses conclusions du 8 décembre 2014. ![/endif]>![if> 24. Par décision du 5 février 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 juin 2015 et mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 octobre 2013. ![/endif]>![if> 25. L'assurée a interjeté recours le 25 février 2016 contre ladite décision. Elle fait valoir que le complément d'instruction suggéré par le médecin du SMR dans sa note du 6 novembre 2015 n'a pas été ordonné par l'OAI. Elle rappelle qu'elle a subi un nouvel examen IRM à fin janvier 2016 mettant en évidence de nouvelles lésions. Elle ne comprend pas pour quelle raison le SMR a considéré que sa capacité de travail avait passé en novembre 2013 d'un 50% à un 70%, dès lors que la nature et l'intensité de ses troubles de santé n'avaient subi aucun changement. À cet égard, elle relève que les médecins du CEMed ne fournissent pas de réelles explications pour fixer le taux de sa capacité de travail à 70%. ![/endif]>![if> Elle conclut dès lors à l'annulation de la décision du 5 février 2016 en tant qu'elle limite son droit à la rente au 31 octobre 2013, et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. 26. Dans sa réponse du 4 avril 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que le Dr D_____ a été interrogé le 12 novembre 2015 sur les éléments qui lui faisait retenir une aggravation éventuelle de la sclérose en plaques : IRM de contrôle, status neurologique, nature des troubles et limitations fonctionnelles. Or, le courrier du 24 novembre 2015 ne répondait pas à ces sollicitations, de sorte que le SMR n'a pu que constater qu'aucun élément objectif ne permettait d'étayer les troubles sphinctériens. L'OAI en conclut que rien ne vient contredire valablement les conclusions de l'expertise CEMed. ![/endif]>![if> 27. Me Florence BOURQUI, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a informé la Chambre de céans le 22 avril 2016 que l'assurée lui avait confié la défense de ses intérêts. ![/endif]>![if> La mandataire a ainsi complété le recours le 17 mai 2016. Elle reproche à l'OAI et au SMR de s'être écartés des avis des médecins traitants, plus particulièrement de ceux qui ont été rendus postérieurement au rapport d'expertise du CEMed du 9 mai 2014, ce au seul motif qu'ils divergent de la capacité de travail retenue par les experts. Elle rappelle que les médecins traitants ont conclu à une incapacité de travail à

100%, puis à 75% et enfin à 50% au cours de l'année 2012. Du reste, les experts du CEMed ont confirmé ces taux. Les médecins traitants ont considéré que la capacité de travail restait de 50% au-delà du 9 mai 2014 (date du rapport de l'expertise). La mandataire relève par ailleurs que cette capacité de travail de 50% est cohérente avec les conclusions de l'enquête ménagère, laquelle conclut à un empêchement dans les travaux ménagers de 52,5%. Elle rappelle également que « le SMR a reconnu, dans son avis du 23 avril 2015, que la sclérose en plaques diagnostiquée en mai 2012 évoluait depuis plusieurs années à bas bruit et que cette maladie était responsable de la fatigabilité intense qui avait conduit la recourante à diminuer son taux de travail à 80 % déjà, et ce bien avant la poussée survenue en 2012 et qui a diminué bien plus encore la capacité de travail ». Elle conteste les conclusions de l'expertise du CEMed, plus particulièrement au motif que chaque expert a pris des conclusions dans son propre domaine sans que l'état de santé de l'assurée ne soit examiné dans sa globalité. Elle souligne à cet égard que les médecins traitants au contraire ont apprécié la capacité de travail de l'assurée de manière globale. Au nom de l'assurée, elle maintient toutes les conclusions du recours. 28. Le 9 juin 2016, l'OAI relève que les réponses apportées en conclusion du rapport d'expertise sont évidemment celles d'un collège de médecins, contrairement à ce qu'allègue l'assurée. Il constate que la baisse de rendement fixée par les experts, et la capacité de travail évaluée par les médecins traitants, reposent sur la même notion de fatigabilité, mais a fait l'objet d'une appréciation différente. Or, l'avis des médecins traitants ne saurait être privilégié, ni même justifier une nouvelle expertise. 29. Les écritures de l'OAI ont été transmises à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2013. a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273

consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).>[if > b. L'art. 17 al. 1 er 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008).>[if > 7. 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.>[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. 28a al. 1 LAI). Il y a

lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une

appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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). 11. En l'espèce, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 octobre 2013. Il s'est fondé sur le rapport CEMed du 9 mai 2014, selon lequel les experts ont admis les incapacités de travail ordonnées par les différents médecins traitants jusqu'ici et ont évalué la capacité de travail à 100% dans l'activité exercée préalablement, avec une perte de rendement de 30% liée à la fatigue/fatigabilité et au besoin accru de récupération, ce au vu de la stabilisation de l'affection, de la modification du traitement (remplacement du Rebifl® par du Gilénia) et de l'absence d'éléments restrictifs majeurs à la capacité de travail. 12. La question qui se pose préalablement est celle de

savoir si ce rapport dispose d'une pleine valeur probante.![endif]>![if> Force est à cet égard de constater que même si les experts précisent au début de leur rapport que l'expertise a bien été établie après discussion entre eux, et consensus, il n'apparaît pas qu'ils aient pris l'ensemble des atteintes dont ils ont posé le diagnostic pour considérer la capacité de travail raisonnablement exigible. Ils examinent en effet chaque atteinte l'une après l'autre, sans envisager que l'accumulation de ces atteintes puisse avoir des effets sur la capacité de travail. Il est vrai qu'ils relèvent que le diabète, l'hypovitaminose et éventuellement les facteurs psychiques peuvent expliquer, eux aussi, la fatigue, mais semblent oublier ces atteintes lorsqu'ils parlent d'une capacité de travail de 70%, la fixation de ce taux étant uniquement fondée sur le fait que l'évolution de la sclérose en plaques serait stabilisée et que le traitement de Rebifl a été changé. La chambre de céans relève une autre contradiction. Selon les experts, le remplacement du Rebifl par du Gilenya représente l'un des deux « facteurs restrictifs de la capacité de travail sous forme d'une fatigue/fatigabilité ». Or, ils constatent que l'IRM pratiquée début 2013 a mis en évidence l'apparition d'une nouvelle lésion médullaire, ce qui a entraîné la modification du traitement immuno-modulateur avec introduction du Gilenya, parallèlement à l'interruption du Rebifl, mais disent s'étonner que l'assurée continue à se plaindre. On ne comprend pas pour quelles raisons les experts ont retenu une diminution de la capacité de travail de 30%, alors qu'ils admettent les taux retenus par les médecins traitants jusqu'au jour de l'expertise. Ils précisent, dans un premier temps, que la fatigue chronique dont souffre l'assurée est une complication classique de la sclérose en plaques, même en l'absence de poussée, puis se contredisent en concluant que du fait qu'elle n'a plus présenté de poussées depuis 2012, le facteur restrictif de la capacité de travail a clairement diminué, de sorte qu'une capacité de travail de 70% leur paraît raisonnablement exigible. S'agissant de l'aspect psychiatrique, ils estiment que la capacité de travail est complète en temps et en rendement. Ils ajoutent toutefois que « les dépressions récurrentes sont à risque de rechute par définition. Pour une personne ayant souffert de 2 épisodes, le risque de faire un troisième épisode dépressif est d'environ 70% ». Ils relèvent également que « c'est pourquoi elle a diminué l'antidépresseur (Remeron) à 15 mg depuis trois semaines. Malheureusement, cette diminution a eu pour effet que sa symptomatologie dépressive est progressivement revenue » puisqu'« elle se sent déprimée environ trois à quatre jours par semaine. L'intensité est plutôt forte pendant ces journées. En général, elle attribue son état dépressif actuel à ses maladies physiques, la sclérose en plaques et son diabète, à la fausse couche en 2011 et à l'interruption volontaire de grossesse en 2013, et de manière générale au fait que son mari ne veut pas d'enfants, raison pour laquelle elle devra renoncer à ce projet ». Il y a lieu, au vu de ce qui précède, de nier toute valeur probante au rapport d'expertise du 9 mai 2014, les conclusions n'étant ni claires, ni bien motivées. 13. Il s'agit à présent d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est suffisamment amélioré pour justifier la suppression de la demi-rente d'invalidité au 31 octobre 2013, étant rappelé qu'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.![endif]>![if> Il convient ainsi de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment où le droit à une demi-rente a été reconnu à l'assurée et ceux qui peuvent être constatés au 31 octobre 2013. L'expertise du CEMed n'ayant pas valeur probante, il y a lieu de se référer aux avis des médecins traitants. Ceux-ci sont unanimes pour considérer que la capacité de travail est restée inchangée. Qui plus est, le Dr D_____ a indiqué le 7 juillet 2015 que des troubles sphinctériens en relation avec l'affection

démyélinisante avaient été mis en évidence et que l'état psychique avait défavorablement évolué. Il a annoncé qu'une IRM cérébrale et médullaire avait été agendée pour le début 2016. Ayant pris connaissance de ces nouveaux éléments, le médecin du SMR a constaté qu'il ne disposait pas d'informations suffisantes de la part du neurologue traitant, mais s'est borné à reprendre ses précédentes conclusions du 8 décembre 2014. Il ne s'est notamment pas prononcé sur les IRM subies par l'assurée en janvier 2016. L'aggravation de l'état psychiatrique pourtant n'a pas non plus été investiguée. La chambre de céans considère toutefois qu'une instruction complémentaire serait inutile dans le cadre du présent litige. Il suffit en effet de constater ici que la capacité de travail de l'assurée est restée en tout cas de 50% à compter du 31 octobre 2013, de sorte que les conditions pour procéder à une révision ne sont pas remplies. L'instruction complémentaire ne servirait qu'à justifier, le cas échéant, l'aggravation de l'état de santé. Aussi la demi-rente d'invalidité doit-elle être maintenue au-delà du 31 octobre 2013. Le recours est ainsi admis et la décision du 5 février 2016 annulée en tant qu'elle limite le droit de l'assurée à la demi-rente au 31 octobre 2013. 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.