

GE_GERICHTE A/800/2019 vom 3. August 2020

GE Cour de justice, 2020-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_800_2019

FR: GE_GERICHTE A/800/2019 du 3 août 2020

IT: GE_GERICHTE A/800/2019 del 3 agosto 2020

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS 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 _____ 1973, originaire du Portugal, entrée en Suisse en 1995, divorcée, mère de deux enfants nés en 2002 et 2004, a exercé une activité d'aide hospitalière à l'EMS B_____ du 1^{er} novembre 2000 au 4 mars 2005, à un taux de 80 %. 2. Elle a été en incapacité de travail totale depuis le 4 mars 2005 en raison de rectocolite ulcéro hémorragique (RCUH) depuis 1997, spondylite médiadorsale, sacro-iliite à droite et troubles anxieux et dépressifs, ainsi que de la fatigue (rapport de la doctoresse C_____, FMH rhumatologie, du 19 avril 2005). 3. Le 18 mars 2005, le Dr D_____ de la division de gastroentérologie et d'hépatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a mentionné que l'assurée présentait des symptômes typiques d'une RCUH (présente depuis 1998 ; rectorragie, diarrhée occasionnelle et léger syndrome inflammatoire) et un syndrome douloureux diffus chronique et fluctuant d'origine incertaine, avec une contribution de rhumatisme inflammatoire non exclue mais assez improbable. Récemment, s'était manifestée une probable poussée de RCUH de gravité légère, avec rectorragies depuis un mois, qui avaient disparu rapidement et complètement sous traitement ; le syndrome douloureux multiple s'était ensuite exacerbé ; la dernière poussée objectivée de RCUH avait eu lieu en 2004. La RCUH était actuellement en rémission complète ; il y avait un contexte d'état dépressif ancien ; il fallait combattre la tendance de l'assurée à l'automédication de Prednisone ; le danger majeur de santé qui guettait l'assurée était actuellement le fait que l'existence d'une pathologie inflammatoire digestive pouvait perturber le raisonnement clinique concernant l'autre pathologie, qui était celle d'un syndrome douloureux fonctionnel grave avec tendance à un glissement en direction d'un découragement profond. L'assurée ne faisait presque aucune distinction entre les deux mais il était primordial que cette confusion ne soit pas reprise par le corps médical. 4. Le 11 avril 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité. 5. Le 18 avril 2005, la Dresse C_____ a indiqué à l'assurance perte de gain maladie de l'employeur que l'assurée présentait des douleurs articulaires, une pelvispondylite à droite, une spondylite médio-dorsale et une hémorragie digestive avec asthénie et anxiété importante. 6. Dans son rapport médical du 19 avril 2005, la Dresse C_____ a relevé qu'elle suivait l'assurée depuis le 27 août 2004, que celle-ci présentait des douleurs abdominales et au rachis fluctuantes qui nécessitaient des arrêts de plusieurs jours, de sorte que l'ancienne activité n'était plus exigible ; elle était trop préoccupée pour se former, étudier, dans une autre activité, de sorte que la capacité exigible était de 50 à 100 %. Elle avait constaté (dernier examen du 22 mars 2004) des douleurs sacro-iliaques droites et dorsales ; l'assurée se plaignait de grande fatigue depuis deux mois,

de douleurs abdominales aiguës sur RCUH, de crises de panique, d'angoisses, de consultation en urgence à l'hôpital en pleine détresse. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 mars 2005. 7. Dans un rapport médical AI du 15 juillet 2005, le docteur E_____, FMH gastroentérologie et hépatologie, a indiqué un suivi depuis 1997 ; il y avait une bonne réponse de la colite au traitement, mais les stéroïdes étaient mal supportés sur le plan psychiatrique et, en 1997, l'assurée avait été hospitalisée, suite à un tantamen ; depuis elle faisait régulièrement des rechutes de colite, avec une observance thérapeutique problématique ; en 2004 des douleurs étaient apparues en bas du dos et la découverte d'un antigène leucocytaire humain B27 (HLA-B27) ; les crises de colite devaient diminuer considérablement son activité mais il ne savait pas si l'activité habituelle était encore exigible. L'assurée ne consultait pas régulièrement. 8. La Dresse C_____ a relevé le 5 septembre 2005 des plaintes de douleurs articulaires, dorsalgies, douleurs aux doigts, mains, chevilles, genou droit avec synovite, asthénie, fatigue générale, diarrhées sanglantes récurrentes tous les un mois et demi, dépendant de corticothérapie, douleurs gastriques et insomnies. 9. Le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a considéré le 12 septembre 2005 qu'il fallait éviter les activités trop stressantes et les sollicitations excessives du rachis ; le traitement n'était pas optimal du point de vue gastroentérologique ; il fallait voir l'avis du psychiatre. 10. Le 13 septembre 2005, la Dresse C_____ a écrit à l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, que l'assurée ne reprendrait pas son emploi prochainement, la profession d'aide-soignante étant trop pénible physiquement et du point de vue du stress ; elle présentait une atteinte inflammatoire dorsale et des sacro-iliaques en relation avec la RCUH, une asthénie importante en relation avec des troubles du sommeil dus aux médicaments, au stress, sur le lieu de travail et aux douleurs chroniques. 11. Le 22 septembre 2005, la Doctoresse F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI mentionnant comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie depuis 2004 et des attaques de panique depuis février 2005 ; l'assurée était en incapacité de travail totale depuis février 2005 ; elle supportait mal les douleurs chronique qui la handicapaient ; elle présentait un trouble dépressif, avec tristesse, découragement, pleurs, des problèmes relationnels au travail favorisaient la dépression mais les douleurs chroniques de la fibromyalgie représentaient un facteur de stress et de décompensation dépressive également. 12. Le SMR a estimé le 14 novembre 2005 que les douleurs de type rhumatismal accompagnaient parfois les maladies inflammatoires de l'intestin, ce qui pouvait se répercuter sur la capacité de travail ; il fallait questionner le psychiatre sur l'influence du problème psychiatrique sur un travail léger ou sur un stage d'observation. Il a encore estimé le 27 mars 2006 qu'il convenait de voir l'évolution des troubles (digestif, rhumatologique et psychiatrique) et a relevé que l'assurée ne suivait pas bien son traitement (rhumatologique et gastroentérologique) 13. Le 7 avril 2006, la Dresse C_____ a relevé que l'assurée restait très asthénique en raison des douleurs qui survenaient par intermittence et de troubles du sommeil avec insomnies, état de fatigue profond qui générait lui-même des attaques de panique ; elle présentait aussi des douleurs inflammatoires dorsales, à la sacro-iliaque gauche, une inflammation bilatérale de la voute plantaire et du tendon d'Achille à gauche ; les points de fibromyalgie étaient tous positifs. Une reprise professionnelle, même à 50 %, n'était pas envisageable. 14. Le 11 avril 2006, la Dresse F_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait pas d'influence psychiatrique sur la capacité professionnelle et uniquement des problèmes somatiques. 15. Le 23 mai 2006, le SMR a considéré qu'il fallait questionner les médecins traitants sur les effets du traitement sur les troubles digestifs et rhumatismaux,

les raisons de l'interruption du traitement ainsi que la possibilité d'exercer une activité légère et de suivre un stage d'observation professionnelle. 16. Le 23 mai 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a noté que le Dr E_____ n'avait pas répondu à sa demande de renseignement car les consultations de l'assurée étaient trop épisodiques. 17. Le 28 août 2006, la Dresse C_____ a indiqué que l'assurée pourrait travailler à 50 % dans une activité plus légère. 18. Le 28 août 2006, la Dresse C_____ a relevé que c'était le Dr E_____ qui suivait le traitement des troubles digestifs et que le traitement pour les douleurs articulaires avait permis un retour à la normale des marqueurs inflammatoires. En raison d'une décompensation de troubles anxieux et probablement dépressifs se manifestant par une grande nervosité et des insomnies, elle avait décidé avec le docteur G_____ de demander à l'assurée de se sevrer progressivement de la Prednisone en introduisant un traitement morphinique pour des douleurs qu'ils n'avaient pas pu relier de manière certaine à l'atteinte articulaire inflammatoire de la RCUH. Une scintigraphie osseuse n'avait pas montré au début de l'été d'arguments solides pour des loci rachidiens inflammatoires. Cependant, il était extrêmement courant d'avoir des douleurs péri-articulaires superposables à celles que l'on rencontrait dans le syndrome fibromyalgique, qui était qualifié ici de secondaire. Sur le plan algique, il fallait dire qu'elle allait un peu mieux mais jusqu'à quand ? Sur le plan thymique, l'assurée était souriante mais avouait être très nerveuse et que, dans ce contexte, elle avait recommencé à fumer et boire de l'alcool d'une manière exagérée. Le suivi psychiatrique avec la dresse F_____ ne convenait pas à l'assurée ; elle poursuivait son traitement de Paroxétine et elle l'avait adressée au Centre de thérapies brèves (CTB). L'assurée pourrait travailler à 50 % dans une activité plus légère. Elle pouvait être soumise à un stage d'observation. L'assurée était très enthousiaste pour une reprise professionnelle mais elle surestimait ses capacités. 19. Le SMR a conclu le 4 septembre 2006 que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans un poste léger (depuis quand ?) et indiqué qu'il fallait compléter le rapport du médecin traitant, puis réadaptation. 20. A la demande du gestionnaire de l'OAI, lequel proposait de se fonder sur le rapport de la Dresse C_____ du 19 avril 2005 (évoquant une incapacité de travail depuis un mois et demi) pour fixer le début de l'incapacité de travail de 50 % au 1^{er} mars 2005, le SMR a indiqué le 18 septembre 2006 qu'on pouvait retenir une capacité de travail limitée à 50 % dans un poste léger physiquement, et dans un milieu sans alcool depuis mars 2005, et qu'il n'y avait aucun empêchement notable dans le ménage. 21. Le 19 septembre 2006, l'OAI a retenu un statut mixte de la recourante, 80 % active et 20 % ménagère. 22. Selon une enquête économique sur le ménage du 30 octobre 2006, le taux d'invalidité était de 22,5 %. L'enquête mentionne, s'agissant des atteintes à la santé de l'assurée depuis août 2004, qu'elle présentait des douleurs en bas du dos. On découvrait un HLA B27 positif avec sa spondylite médiadorsale. Elle présentait des douleurs fluctuantes, surtout dans le dos mais migrant dans toutes ses articulations selon les jours. Elle passait tous les mois plusieurs jours alitée, terrassée par ses douleurs articulaires, mais également abdominales. En effet, l'assurée avait une maladie de Crohn diagnostiquée en 1997, cela lui occasionnait des crises de diarrhées sanglantes, parfois incoercibles, très douloureuses, cela malgré un régime alimentaire strict bien suivi semblait-il. En plus de cela, l'assurée avait des attaques de panique, actuellement quasiment chaque jour et chaque nuit, malgré un traitement médicamenteux suivi. Elle jugulait ses crises de panique en prenant du temesta. Elle présentait un état anxio-dépressif très net depuis 2005 en tout cas (tentamen en 1997 avec hospitalisation à Belle-Idée) Elle était depuis quelques semaines dans une phase très sombre où elle n'arrivait plus à fonctionner (enfants régulièrement placés chez des connaissances),

elle restait chez elle, ne voulait plus voir ni son mari, ni ses enfants ou alors s'énervait avec les enfants pour un petit rien, avait des idées suicidaires. Elle avait un traitement médicamenteux complexe et lourd, elle avait des difficultés de mémorisation par moments et donnait l'impression d'être un peu confuse (à cause de son état d'anxiété intense ou de sa médication ?). Elle avait arrêté le suivi psychologique avec la psychiatre avec laquelle cela n'allait pas, mais voyait chaque semaine la Dresse C_____, pour son suivi rhumatologique, mais également pour parler et évacuer un peu le stress qu'elle avait en elle. 23. Le 21 novembre 2006, la réadaptation professionnelle de l'OAI a rendu un rapport, suite à un entretien du 17 novembre 2006 avec l'assurée, concluant à un stage d'orientation à 50 %. L'assurée avait mentionné qu'elle se sentait dépressive et qu'elle avait pris contact avec le Dr H_____. 24. Le 17 janvier 2007, le docteur H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un suivi de l'assurée du 7 novembre au 12 décembre 2005 et d'un épisode dépressif avec syndrome somatoforme depuis le 7 juillet 2005. L'assurée avait arrêté le travail suite à une hémorragie intestinale ; elle se plaignait de douleurs généralisées, perte d'élan vital, perte de concentration et de mémoire, irritabilité et tristesse ainsi que de violences conjugales ; l'incapacité de travail était totale et un traitement médicamenteux pouvait améliorer la capacité de travail. 25. L'assurée a suivi une orientation professionnelle du 19 février au 20 mai 2007, laquelle a conclu à la possibilité de la reclasser comme ouvrière à l'établi, employée en conditionnement léger ou ouvrière en montage léger, à mi-temps. Selon le rapport observation - stages - évaluation - réinsertion (OSER) du 23 mai 2007, l'assurée suivait un traitement médical lourd qui avait des répercussions sur le travail demandé. A ce sujet, des chutes d'attention et de concentration importantes étaient observées. A cela s'ajoutaient des douleurs d'origine variée qui limitaient les activités pratiques dès que celles-ci demandaient des gestes répétitifs ou de force. Souvent, ces exercices étaient interrompus car les douleurs (aux mains, aux épaules, au dos, etc.) devenaient trop importantes. Elle avait fait part du fait qu'elle devait porter des patchs de morphine, afin de pouvoir continuer à travailler, en plus d'une liste de médicaments qu'elle prenait plus ou moins régulièrement. Le travail devait se faire à la hauteur du torse pour éviter de solliciter les articulations des épaules et l'inclinaison du plan de travail réduisait les sollicitations du dos et des cervicales. La position debout statique s'avérait moins indiquée pour une activité sur une durée supérieure à une heure. En position dynamique, la durée pourrait sensiblement augmenter mais cela devait être éventuellement confirmé par un stage en entreprise. Les capacités d'apprentissage des gestes n'étaient compatibles qu'avec des activités légères simples, sans façonnage et généralement à hauteur d'établi. L'utilisation d'outils comme des perceuses d'établi, des fers à souder ou toute autre machine qui ne demandait pas de force en appui, restait possible pour un travail ne nécessitant pas de finesse ni de précision en dessous de 1.5 mm. L'assurée n'avait pas la maîtrise nécessaire pour aborder des activités fines. Des tremblements des mains pouvaient aussi affecter la gestuelle et selon l'assurée, seraient parmi les effets secondaires des médicaments qu'elle prenait. Les activités pratiques avaient souvent débouché sur des échecs tant sur le plan de l'apprentissage que sur celui de la qualité. Les causes pouvaient néanmoins dépendre de facteurs affectifs. Il restait à signaler que la résistance physique de l'assurée était limitée dans le temps mais aussi liée au type d'activité. Une pleine capacité ne pourrait pas être envisagée. Les capacités d'intégration sociale de l'assurée étaient difficilement compatibles avec les exigences d'un milieu socioprofessionnel dans le circuit normal au vu de certaines difficultés somatiques, auxquelles venaient s'ajouter une prise de psychotropes importante qui venait perturber la concentration et l'organisation nécessaire à

un travail. En conclusion, pour être adaptées, les tâches devaient être manuelles et simples (assurée peu qualifiée, peu polyvalente, et présentant de faibles capacités d'apprentissage et de continuité de l'attention), légères et ne demandant ni force, ni finesse, ni précision. Un travail à la chaîne ne convenait pas (l'assurée ne pouvait suivre un rythme imposé). 26. Dès le 1^{er} septembre 2007, la Dresse C_____ a établi un certificat d'arrêt de travail total, renouvelé au 31 octobre 2007 et, le 28 septembre 2007, elle a indiqué à l'OAI que l'incapacité de travail totale se poursuivait pour un motif avant tout psychiatrique ; l'assurée était suivie par un psychiatre qu'il convenait de contacter. 27. Le 28 septembre 2007, questionné par l'OAI, le Dr H_____ a renvoyé à l'OAI son rapport médical du 17 janvier 2007. 28. Le 19 mars 2008, la réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de l'assurée, en référence à l'année 2006 et conclu à un taux d'invalidité de 52,3 % dans la sphère professionnelle (revenu sans invalidité de CHF 44'754.- et revenu avec invalidité de CHF 21'368.-). Le degré d'invalidité total était de 46,3 % (52,3 % dans la part professionnelle de 80 % et 22,5 % dans la part ménagère de 20 %). L'assurée était pour l'instant implaçable ; le rapport OSER avait conclu à une capacité d'exercer comme ouvrière d'établi, employée au conditionnement léger et ouvrière de moulage, à mi-temps. Elle a relevé qu'une mesure d'ordre professionnel de type reclassement n'était pas indiquée ; la persistance de l'état dépressif et anxieux rendait difficile la mise en place d'une réadaptation. 29. Par décision du 16 septembre 2008, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2006. 30. Par communication du 30 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle (une journée de test métiers industriel et horlogers). 31. Le rapport « démarches de placement » de l'OAI du 17 avril 2009 indique, après plusieurs démarches, conseils et tests, que l'assurée est plaintive et qu'elle présente un manque de concentration et de cohérence dû au traitement médical. 32. Le 23 juin 2010, l'OAI a entamé une procédure de révision. 33. Le 1^{er} juillet 2010, l'assurée a indiqué un suivi par les Drs C_____, E_____ et I_____, FMH médecine interne, allergologue et immunologie clinique. Elle a mentionné un état de santé sans modification et indiqué qu'elle n'avait pas trouvé un travail adapté à 50 %. 34. Le 14 juillet 2010, la Dresse I_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'asthme, RCUH, migraines ; l'assurée présentait une diminution de la fonction respiratoire. Elle était en arrêt de travail par la Dresse C_____. 35. Le 30 août 2010, la Dresse C_____ a attesté d'un état stationnaire, avec une légère amélioration de douleurs (dorsolombalgies en rapport avec les douleurs abdominales) ; elle n'avait pas vu l'assurée depuis plus d'un an et demi ; il n'y avait pas de changement dans les limitations fonctionnelles ; elle prenait régulièrement son traitement. Dans une activité légère, la capacité de travail était totale. 36. Le 22 octobre 2010, le Dr E_____ a attesté d'un état stationnaire ; l'assurée faisait plusieurs poussées de recto colite chaque année ; la capacité de travail était nulle. Il avait vu l'assurée les 10 mai, 28 juin et 22 octobre 2010 mais ne l'avait pas vue du 1^{er} novembre 2007 au 10 mai 2010. 37. Par communication du 28 octobre 2010, l'OAI, après révision du dossier, a maintenu le quart de rente d'invalidité de l'assurée. 38. En janvier 2017, l'OAI a entamé une nouvelle révision. 39. Le 15 mai 2017, le Dr E_____ a attesté d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée et l'absence de crises depuis 2014. Il n'y avait pas de symptôme en rapport avec la colite. Le dernier contrôle datait du 14 mars 2017. Elle prenait de l'HUMIRA depuis 2013 et était en rémission clinique et endoscopique. L'incapacité de travail était à voir avec la médecin traitante, la doctoresse J_____, FMH médecin praticien. 40. La Dresse J_____ a indiqué le 27 juin 2017 qu'elle suivait l'assurée depuis le 10 janvier 2012 pour un diagnostic

incapacitant de maladie de Crohn et une fibromyalgie. L'état de santé de l'assurée était stable. Elle présentait de la fatigue, des arthralgies et myalgies. 41. Le 29 janvier 2018, le docteur K_____, du SMR, a estimé qu'une instruction auprès des médecins traitants se justifiait. 42. Le 4 avril 2018, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle ne connaissait pas l'évolution depuis longtemps ; elle avait vu l'assurée en novembre 2013, le 4 mai 2015 et le 26 février 2018 ; l'assurée se plaignait de la voute plantaire. 43. Le 25 avril 2018, le docteur L_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a indiqué à l'OAI que l'assurée n'était pas venue à une convocation médicale du 20 avril 2018. 44. Le 2 mai 2018, le Dr L_____ a rempli un rapport médical intermédiaire après avoir reçu l'assurée le 1 er mai 2018. Son état de santé était stationnaire (maladie de Crohn, PSH épaule gauche, arthralgies diffuses). Lui-même ne la traitait pas actuellement ; pour la rhumatologie, il n'avait pas d'arrêt de travail. 45. Le 5 juin 2018, le Dr K_____ a indiqué qu'il était nécessaire d'obtenir des renseignements sur l'état psychologique de l'assurée et de la part de la Dresse J_____. 46. Le 5 juillet 2018, la Dresse J_____, FMH médecin praticien, a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de 55 % dans une activité adaptée, en raison de limitations fonctionnelles physiques, fatigue, arthralgies et myalgies ; les diagnostics de maladie de Crohn et fibromyalgie avaient une incidence sur la capacité de travail ; la situation était stable. On pouvait raisonnablement attendre de l'assurée qu'elle effectue une activité adaptée huit heures par semaine. 47. Le 13 août 2018, le Dr M_____, du SMR, a relevé que l'assurée, aide-soignante, avait présenté des manifestations gastro entérologiques avec des arthralgies dans le cadre d'une maladie de Crohn, associée à une PSH de l'épaule droite, dont la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était toujours nulle. Dans une activité adaptée, à savoir une activité physique modérée, telle que femme de ménage, la capacité de travail était de 100 % à partir de janvier 2016, les différents spécialistes attestant d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient : pas d'activité physique lourde, pas de geste répétitif au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit. 48. Le 18 septembre 2018, la réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé à un calcul du degré d'invalidité de l'assurée et conclu à un degré de 21,7 % ; elle a pris en compte un revenu sans invalidité de CHF 62'701.- (revenu de l'année 2016, extrapolé à 100 % et indexé à l'année 2016) et un revenu d'invalidité de CHF 49'066.- (soit le revenu issu de l'ESS 2014, TA 1, femme, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, indexé à l'année 2016 et déduit de 10 % en raison des limitations fonctionnelles). L'assurée ne remplissait pas les conditions pour l'octroi de mesures d'ordre professionnel, un nombre significatif d'activités simples et répétitives, ne nécessitant pas de formation et adaptées aux limitations fonctionnelles, étant disponible. 49. Le 9 octobre 2018, la division gestion de l'OAI a effectué le calcul du degré d'invalidité selon la méthode mixte, en vigueur avant et après le 1 er janvier 2018. Dans les deux hypothèses, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative était de 21,74 % ; rapporté à un statut d'active à 80 %, il était de 17,40 %. Le degré d'invalidité global était de 17 % dès lors qu'aucun empêchement n'était retenu dans le ménage. 50. Par projet de décision du 8 novembre 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante. 51. Le 20 novembre 2018, l'assurée, représentée par une avocate, a fait opposition à cette décision, au motif qu'elle n'avait pas recouvré une capacité de travail totale. 52. Par décision du 25 janvier 2019, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante, en relevant qu'aucune pièce médicale n'avait été transmise par l'assurée permettant de modifier la précédente appréciation. 53. Le 27 février 2019, l'assurée, représentée par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la

décision du 25 janvier 2019, en concluant principalement à son annulation et au maintien de sa rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction du dossier. Elle fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré, que l'OAI se fondait sur des éléments contradictoires du dossier, qu'elle n'était pas capable de travailler à 100 % et qu'une expertise judiciaire était nécessaire. 54. Le 21 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le Dr E_____ (rapport du 15 mai 2017) rapportait une rémission clinique et endoscopique depuis 2013. Tant le Dr L_____ (rapport du 2 mai 2018) que la Dresse C_____ (rapport du 4 avril 2018) concluaient à l'absence d'incapacité de travail pour des motifs rhumatologiques. Le médecin traitant, la Dresse J_____ (rapport du 5 juillet 2018), alléguait un trouble dépressif réactionnel à la « situation ». Toutefois, la psychiatre traitante, soit la doctoresse N_____, n'avait jamais répondu aux demandes de rapport de l'OAI, ce malgré plusieurs rappels et une sommation à l'assurée. Il existait donc une nette amélioration de l'état de santé de l'assurée ayant des conséquences notables sur sa capacité de travail. 55. Le 21 juin 2019, la recourante a répliqué en relevant qu'elle avait consulté le 12 juin 2019 le docteur O_____, FMH gastroentérologie, lequel avait proposé des examens complémentaires agendés au 12 juillet 2019. 56. Le 20 août 2019, la recourante a produit un rapport de coloscopie du Dr O_____ du 12 juillet 2019 posant le diagnostic de maladie de Crohn en rémission endoscopique, résection d'un nodule sous muqueux du rectum, ainsi qu'un rapport de ce même médecin du 24 juillet 2019 selon lequel l'assurée présentait une fatigue généralisée avec des douleurs musculaires diffuses, un trait intestinal variable et des douleurs abdominales intermittentes. La coloscopie du 12 juillet 2019 était normale. Il avait proposé d'espacer les injections d'HUMIRA. Vu l'atteinte des douleurs musculaires de la fibromyalgie, la capacité de travail était de 50 % ; il n'y avait pas d'incapacité de travail liée à la maladie de Crohn. La recourante a persisté dans ses conclusions et a sollicité une expertise judiciaire. 57. Le 19 septembre 2019, l'OAI a dupliqué en maintenant ses conclusions et en se ralliant à un avis du SMR du 17 septembre 2019 selon lequel les douleurs musculaires évoquées par le Dr O_____ étaient du ressort du rhumatologue. L'OAI a ajouté que le Dr L_____, rhumatologue traitant, ne retenait pas de diagnostic de fibromyalgie. 58. Le 11 novembre 2019, les parties ont été entendus en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : « Ma situation est difficile car j'ai des douleurs dans tout le corps qui s'aggravent au cours de la journée. Celles-ci sont dues à une fibromyalgie ainsi qu'une maladie de Crohn, laquelle entraîne également de la fatigue. J'ai été suivie pour cette dernière maladie par le Dr E_____. La maladie de Crohn ne s'est pas améliorée et j'ai vu le Dr O_____ qui a pratiqué d'autres examens. Je dois le revoir le 18 novembre 2019. Ce médecin est au courant de mes douleurs. Il m'a indiqué que je pourrais travailler à 50 % mais pas plus en raison des douleurs. Je suis empêchée de travailler en raison des douleurs et aussi de la fatigue. Actuellement je fais du ménage 14h par semaine chez des privés depuis environ six à sept mois. J'ai plusieurs employeurs. Je suis obligée de travailler car j'ai une fille à charge. J'assume ce travail car je n'ai pas le choix. Quand je bénéficiais de mon quart de rente AI j'ai essayé de trouver du travail mais je n'ai pas réussi. Je suis suivie par les Drs O_____ et J_____. Celle-ci a été accidentée, je vois donc la Dresse P_____. Je vois également la Dresse C_____ lorsque je n'arrive plus à contrôler les douleurs. Je ne vois plus le Dr L_____. J'ai eu un suivi avec la Dresse N_____ mais j'ai arrêté car lors des entretiens elle parlait plus de sa propre vie que de la mienne. Je n'ai plus de suivi psychiatrique. Je prends du Tramal lorsque la douleur est trop intense (le Dafalgan ne fonctionne plus), de l'Omira pour la maladie de Crohn et quand la douleur est trop forte de la Cortisone pendant trois semaines. Je dois débiter un traitement

pour l'estomac qui sera ordonné par le Dr O_____. J'estime que je suis capable de travailler au maximum à 50 %. Lorsque je bénéficiais de la rente j'avais envoyé plusieurs courriers pour chercher du travail mais j'étais tout le temps refusée. J'ai un copain qui ne vit pas avec moi mais qui vient m'aider régulièrement pour le ménage. Ma fille de 15 ans fait énormément de choses, même à manger. Ma fille m'aide spontanément. J'assume une partie des tâches ménagères mais certains jours ma fille et mon copain le font, lorsque je vais moins bien. J'ai récemment fait des infiltrations à l'épaule droite quand j'avais des douleurs très intenses. La dernière a été faite il y a quelques jours et j'attends de voir si cela va marcher. J'ai déjà moins mal après l'injection. L'avocate de la recourante a déclaré : « Si l'OAI persiste à maintenir que ma cliente peut continuer à travailler à 100 % nous sollicitons une expertise rhumatologique, gastroentérologique et éventuellement psychiatrique. A cet égard j'ai conseillé à ma cliente de reprendre un suivi psychiatrique. Il faudrait éventuellement entendre le Dr O_____ pour savoir pour quelle raison il estime qu'il n'y a pas d'incapacité de travail due à la maladie de Crohn, ce d'autant que le traitement a été maintenu sans diminution. Je relève que ma cliente travaille 14h par semaine et dois déjà être aidée par sa fille pour les tâches ménagères, de sorte qu'il paraît impossible qu'elle puisse assumer un travail à 100 % ». La représentante de l'intimé a déclaré : « Je constate que les gastro-entérologues de la recourante n'attestent pas d'incapacité de travail en lien avec la maladie de Crohn et que le suivi psychiatrique a été rompu sans être repris. Quand a la Dresse C_____ elle voit peu l'assurée et n'atteste pas d'incapacité de travail en lien avec ses problèmes rhumatologiques. En l'état une expertise judiciaire ne se justifie pas, l'AI ayant correctement instruit le dossier ». 59. A la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires : - Le 2 décembre 2019, le Dr O_____ a indiqué qu'en tant que gastroentérologue, il avait vu la recourante le 12 juin 2019 (pour un suivi de la maladie de Crohn, diagnostiquée en 1997), qui était en rémission sous traitement de HUMIRA injectable tous les huit jours, selon un bilan du 12 juillet 2019, de sorte qu'il avait proposé de réduire le traitement à une injection tous les dix jours ; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan digestif ; il laissait le soin à un rhumatologue de juger d'une incapacité sur le plan musculaire liée à la fibromyalgie. - Le 10 décembre 2019, la Dresse J_____ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 12 janvier 2012 pour une maladie de Crohn depuis 1997 (Drs E_____ puis O_____), une fibromyalgie depuis 2005 (Dresse C_____), un état anxio-dépressif (Dr N_____), une rhinite allergique (Docteur Q_____), une pathologie de l'épaule droite (Docteur R_____) et une anémie ferriprive (Docteur S_____). L'assurée présentait une fatigue généralisée avec des arthralgies et myalgies migrantes depuis le début de sa maladie de fibromyalgie, douleur à l'épaule droite avec limitation à la mobilité depuis, et objectivable à l'examen physique du 10 décembre 2019 encore. Le 5 juillet 2018, la situation clinique de l'assurée était stable avec une capacité de travail de 55 % dans une activité adaptée comme femme de ménage ; elle était capable de suivre son activité, malgré ses limitations fonctionnelles toujours présentes à l'anamnèse et à l'examen physique. Depuis cette date, l'assurée s'était rendue en consultation pour diverses pathologies, mais surtout en relation avec sa fibromyalgie, avec des arthralgies, myalgies et douleur de l'épaule droite, et avait été vue pendant les consultations des urgences. Elle n'avait pas de rapports de suivi de la Dresse C_____ (rhumatologue) et de la Dresse N_____, ni du Dr O_____. Par conséquent, elle n'était pas en mesure de se prononcer à l'heure actuelle sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Lors de la consultation du 10 décembre 2019, elle avait constaté que les limitations fonctionnelles de fatigue, arthralgies et myalgies ainsi que la limitation à

la mobilité des épaules persistaient et que l'état anxio-dépressif s'était péjoré suite à sa situation. Selon l'anamnèse l'assurée avait reçu une infiltration de son épaule droite le 8 novembre 2019 et avait consulté la doctoresse T_____, FMH rhumatologie, pour une cervicalgie. L'assurée avait décidé de changer de psychiatre et devait consulter le 12 décembre le docteur U_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. Du point de vue de sa maladie de Crohn, elle disait se sentir stable, mais fatiguée pendant les jours qui suivaient l'injection d'HUMIRA. Elle n'avait pas assez d'information pour pouvoir se prononcer de la capacité de travail de l'assurée actuellement. La situation de l'assurée devait être évaluée par les spécialistes qui la suivaient pour savoir si une reprise de travail à 100 % était exigible. Elle n'était pas en mesure de se prononcer sur l'avis du SMR du 13 août 2018 car l'assurée avait consulté plusieurs spécialistes après le 1^{er} janvier 2016. - Le 21 décembre 2019, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis 2004 pour des douleurs diffuses musculo-squelettiques ; ces polyarthralgies pouvaient s'inscrire dans le contexte de la RCUH ; un syndrome fonctionnel douloureux grave était retenu par le Dr D_____, FMH gastroentérologie, et un syndrome douloureux chronique, avec possible spondylarthropathie secondaire par le docteur G_____, FMH rhumatologie ; en janvier 2019, l'assurée se plaignait de douleurs lombaires et de la voute plantaire à droite ; une IRM (15 février 2019) montrait une discopathie modérée et une ébauche de protrusion discale, et une scintigraphie osseuse (7 février 2012) montrait l'absence d'anomalie. Elle ne pouvait pas indiquer les limitations fonctionnelles car elle n'avait vu l'assurée que les 30 août 2010, 12 juillet 2012, 22 avril 2013, 4 mai 2015 et en janvier 2019, moment où il n'y avait pas de limitation sur le plan rhumatologique. - Le 22 décembre 2019, la Dresse T_____ a indiqué qu'elle avait vu deux fois l'assurée les 6 et 16 décembre 2019 pour un diagnostic de cervicalgies C3-C5 ddc avec contractures musculaires de la ceinture scapulaire, fibromyalgie connue, maladie de Crohn et PSHD ; elle présentait des limitations fonctionnelles (douleurs de la ceinture scapulaire en faisant le ménage et fatigue). S'agissant de la capacité de travail (estimée à 100 % par le SMR le 13 août 2018), elle aurait dit 50 %, surtout en raison de la fatigue importante en rapport avec la maladie inflammatoire de Crohn, laquelle était connue pour engendrer une énorme et incapacitante fatigue. - Le 16 janvier 2020, le Dr U_____, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis décembre 2019 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) ; les limitations fonctionnelles étaient une thymie dépressive, avec des sentiments intenses de révolte, d'injustice, de peur et de désespoir, des troubles du sommeil avec notamment des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes et des cauchemars récurrents, une labilité émotionnelle significative, un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, et des ruminations anxieuses permanentes, tournant en boucle et centrées sur les mêmes thématiques, elle présentait aussi une aboulie, une anhédonie, une fatigue psychique et physique intense, ainsi que des troubles de la concentration et de sa capacité à mémoriser de nouvelles informations qui, rajoutées aux douleurs somatiques chroniques, portaient un sévère préjudice à son activité professionnelle; difficulté à prendre du recul par rapport à sa situation. Elle avait aussi souvent exprimé des sentiments de colère et de révolte, associées à des idées auto-agressives, des idées de mort et de suicide, affirmant ne pas passer à l'acte pour pouvoir continuer à aider ses enfants. Elle présentait depuis quelques semaines une recrudescence objectivable de la symptomatologie dépressive, avec une thymie dépressive, une anhédonie et une grande fatigue psychique. Une nette aggravation des angoisses récurrentes était observable et objectivable. Elle présentait une incapacité de travail totale. Il ne pouvait se prononcer sur une capacité de travail dès janvier 2016 car il ne la suivait que

depuis décembre 2019. 60. Le 23 mars 2020, la Dresse V_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'assurée, selon le Dr O_____, était en rémission en 2019, sans limitations fonctionnelles sur le plan gastroentérologique, de sorte que, au vu des informations fournies par le Dr E_____ le 15 mai 2017, on pouvait en conclure que l'assurée était stable et en rémission sur le plan digestif depuis mai 2015 au moins jusqu'à juillet 2019 au minimum. La Dresse J_____ n'apportait pas de nouvel élément médical pour 2018. La Dresse C_____ en janvier 2019, tout comme en 2018, n'avait pas de critère objectif permettant de retenir des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique ; il en était de même du Dr L_____ en mai 2018. L'estimation d'une capacité de travail de 50 % par la Dresse T_____ ne pouvait être suivie, car celle-ci retenait une fatigue en raison du problème digestif. S'agissant du Dr U_____, l'assurée présentait un trouble dépressif incapacitant depuis décembre 2019, soit postérieurement à la date de la décision litigieuse ; ce diagnostic était à intégrer avec la décision de suppression de la rente. Il était rappelé que la psychiatre antérieure, la dresse F_____, avait toujours estimé que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. En 2018, l'assurée n'était plus suivie sur le plan psychiatrique. Ainsi, pour le SMR, ces divers rapports médicaux n'apportaient pas d'élément médical objectif lui permettant de modifier son appréciation du cas. 61. Le 28 mars 2020, l'OAI a rappelé que seul l'état de fait existant au jour de la clôture de la procédure administrative devait être examiné et indiqué qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 23 mars 2020. 62. Le 15 mai 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions, en relevant que ses médecins indiquaient une capacité de travail ne pouvant être supérieure à 50 %. La Dresse J_____ avait constaté une péjoration de l'état anxio-dépressif et la persistance des limitations fonctionnelles ; la Dresse T_____ avait attesté d'une capacité de travail limitée à 50 % ; le Dr U_____ avait attesté d'une aggravation entraînant une incapacité de travail totale ; le SMR indiquait qu'il semblait que la maladie de Crohn était en rémission. Pourtant, il n'était pas précisé que pour ce faire, il avait fallu changer de traitement. Or, manifestement à ce stade, il était prématuré de retenir qu'il n'existait plus de limitations fonctionnelles quant à ce diagnostic posé, ce d'autant plus qu'il était reconnu que la maladie de Crohn provoquait une fatigue incapacitante, ce qui avait été attesté par ses autres médecins. Le fait que, sur le plan digestif, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles n'était ainsi pas suffisant à retenir une capacité de travail à 100 %. En outre, le SMR ne reprenait que les avis médicaux indiquant qu'ils ne pouvaient se déterminer sur la capacité de travail de la recourante, en insistant uniquement sur ces derniers, sans donner de raison valable permettant d'écarter ceux des Drs T_____, J_____ et U_____. 63. Sur quoi la cause a été 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 1er 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. 3. 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). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression par l'intimé de la rente d'invalidité de la recourante. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 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. a. 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 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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). 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). b. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. 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). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les

données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 10. En l'espèce, il convient de déterminer si le degré d'invalidité de la recourante s'est modifié depuis la dernière décision de l'intimé entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108). A cet égard, il s'agit de la décision de l'intimé du 16 septembre 2008, laquelle a été rendue après une instruction auprès des médecins traitants de la recourante, une enquête ménagère ainsi qu'une orientation professionnelle. En revanche, tel n'est pas le cas de la communication subséquente de l'intimé du 28 octobre 2010, faisant suite à la révision entamée par l'intimé le 23 juin 2010, dès lors qu'elle ne se fonde que sur trois rapports médicaux succincts obtenus des médecins traitants (Drs C_____, E_____ et I_____), lesquels n'ont, en outre, pas été suivis d'une appréciation par le SMR (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 9C 117/2018 du 19 octobre 2018). Cela dit, que l'on compare l'état de santé de la recourante avec celui prévalant lors de la décision du 16 septembre 2008 ou lors de la communication du 28 octobre 2010, l'issue du recours est identique, comme il sera exposé ci-après. 11. En l'occurrence, les pathologies principales mises en avant par les médecins traitants ou relevées dans le cadre de l'enquête ménagère et de l'orientation professionnelle, au cours de l'instruction et des mesures ordonnées par l'intimé et ayant précédé la décision d'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 16 septembre 2008, sont les suivantes : - Une RCUH (avis des Drs D_____, E_____ et C_____). - Un syndrome douloureux fonctionnel grave, d'origine incertaine (avis des Drs D_____ du 18 mars 2005 et H_____ du 17 janvier 2007). - Des douleurs articulaires et dorsales (avis de la Dresse C_____ des 18, 19 avril et 5 septembre 2005 ; enquête économique du 30 octobre 2006 ; rapport OSER du 23 mai 2007). - Une atteinte inflammatoire dorsale et des sacro-iliaques ainsi qu'un syndrome fibromyalgique en relation avec la RCUH (avis de la Dresse C_____ des 13 septembre 2005, 19 avril 2005, 7 avril 2006 et 28 août 2006). - Une fibromyalgie (avis de la Dresse F_____ du 22 septembre 2005 et de la Dresse C_____ du 7 avril 2006). - Une inflammation de la voute plantaire et du tendon d'Achille à gauche (avis de la Dresse C_____ du 7 avril 2006). Au vu de ces informations médicales, le SMR a considéré que la recourante devait éviter les activités trop stressantes et les sollicitations excessives du rachis (avis du 12 septembre 2005), que les douleurs rhumatismales qui accompagnaient parfois les maladies inflammatoires de l'intestin pouvaient se répercuter sur la capacité de

travail (avis du 14 novembre 2005), et que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans un poste léger physiquement et dans un milieu sans alcool (avis des 4 et 18 septembre 2006). Le SMR s'est ainsi fondé sur des limitations somatiques (douleurs rhumatismales) et psychiatriques (stress), pour retenir une capacité de travail de la recourante limitée à 50 %, dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Quant à l'intimé, pour retenir une capacité de travail limitée à 50 % depuis le 1^{er} mars 2005, dans un poste léger physiquement, il s'est fondé, d'une part, sur le dernier avis du SMR précité du 18 septembre 2006 (lequel se référait principalement aux rapports de la Dresse C_____) ainsi que sur les rapports médicaux subséquents des 0 médecins traitants, d'autre part, sur les conclusions du rapport OSER du 23 mai 2007 et celui de la réadaptation professionnelle du 19 mars 2008. A cet égard, la Dresse C_____ a d'abord mentionné une capacité de travail de la recourante limitée à 50 % en raison de douleurs abdominales, gastriques, articulaires et au rachis, de douleurs à la voûte plantaire et au tendon d'Achille gauche, de fibromyalgie, de fatigue importante, de crise de panique, d'angoisse, de détresse, de stress et de grande nervosité (avis des 18 et 19 avril, 5 et 13 septembre 2005 et 7 avril 2006). L'enquête économique sur le ménage du 30 octobre 2006 a résumé les affections présentées par la recourante en relevant des handicaps liés aux douleurs fluctuantes, surtout dorsales et migrantes dans toutes les articulations ainsi qu'abdominales, des attaques de panique quasiment quotidiennes, un état anxio-dépressif très net, des difficultés de mémorisation et de la confusion. L'incapacité de travail de 50 %, attestée par la Dresse C_____, a ensuite été confirmée lors du stage OSER, en raison de difficultés de continuité d'attention, de difficultés de concentration, de manque de force, de douleurs variées (mains, épaules, dos) limitant les gestes répétitifs ou de force, de tremblement des mains ainsi que de fragilité sur le plan psychologique et physique (rapport OSER du 23 mai 2007). La Dresse C_____ a, par la suite, mentionné que l'incapacité de travail de la recourante se poursuivait pour un motif avant tout psychiatrique (avis du 28 septembre 2007), rejoignant l'avis du Dr H_____, dernier psychiatre consulté, qui avait effectivement relevé, le 17 janvier 2007, que la recourante présentait un épisode dépressif avec syndrome somatique totalement incapacitant (douleurs généralisées, perte d'élan vital, perte de concentration et de mémoire, irritabilité et tristesse) ; enfin, dans le même sens, la réadaptation professionnelle a mentionné un état dépressif et anxieux qui faisait obstacle à une mesure d'ordre professionnel (rapport du 19 mars 2008). Au vu de ce qui précède, les affections incapacitantes de la recourante, qui ont motivé la décision d'octroi d'un quart de rente d'invalidité, sur la base d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée, relèvent d'un diagnostic psychiatrique (épisode dépressif avec syndrome somatique, stress et difficultés de concentration et de mémorisation) et d'un diagnostic somatique (douleurs rhumatismales et syndrome fibromyalgique, dont un éventuel lien avec la RCUH a été évoqué par certains médecins comme la Dresse C_____ dans ses avis des 13 septembre 2005 et 28 août 2006 ou le SMR dans son avis du 14 novembre 2005, mais pas par les autres médecins intervenants). S'agissant plus particulièrement de la RCUH, cette pathologie était présente dès 1997-1998 et jugée en rémission complète le 18 mars 2005 par le Dr D_____ ; le Dr E_____ a estimé aussi le 15 juillet 2005 que la recourante faisait régulièrement des rechutes de colite, incapacitantes, mais qu'il y avait une bonne réponse de la colite au traitement. Quant à la Dresse C_____, elle relève le 19 avril 2005 des douleurs abdominales et le 5 septembre 2005 des douleurs gastriques avec diarrhées sanglantes tous les un mois et demi ; le 28 août 2006, elle constate un retour à la normale des marqueurs inflammatoires et relève que le Dr E_____ est en charge du traitement des troubles

digestifs ; le Dr E_____ n'a cependant pas répondu à la demande de l'intimé en 2006, vu l'absence de suivi régulier ; l'enquête économique du 30 octobre 2006 mentionne enfin des douleurs abdominales chaque mois. Au demeurant, il est à constater que la RCUH a bien répondu au traitement dès l'année 2005 et que les douleurs abdominales et gastriques, ainsi que les diarrhées sanglantes mentionnées par les médecins n'ont pas été évoquées comme incapacitantes, tant par les docteurs spécialistes de cette pathologie D_____ et E_____, que par la Dresse C_____. C'est avant tout l'état psychiatrique fragile de la recourante et la présence de douleurs rachidiennes et articulaires, dont un lien avec la RCUH a parfois été évoqué, qui ont été considérés par l'intimé comme étant incapacitants. 12. a. Dans le cadre de la dernière révision, débutée par l'intimé en janvier 2017, les Drs E_____, J_____, C_____ et L_____ ont donné des renseignements médicaux. Le Dr E_____ a attesté d'une amélioration de la RCUH et relevé l'absence de crise depuis 2014. Cette amélioration n'a cependant pas de conséquence sur la capacité de travail de la recourante dès lors que les crises de RCUH, telles que relevées par les médecins traitants et le SMR, n'ont pas été, en elles-mêmes, considérées comme incapacitantes en septembre 2008 et que les douleurs rachidiennes et articulaires, parfois reliées à la RCUH, n'ont pas été considérées comme ayant régressé. La Dresse J_____, qui suit la recourante depuis le 10 janvier 2012, a même attesté d'un diagnostic incapacitant de maladie de Crohn, fibromyalgie, présent en même temps que la RCUH, avec une évolution stable depuis l'octroi de la rente, tout en mentionnant une douleur au pied droit depuis quelques semaines. Elle a relevé que la recourante présentait de la fatigue, des arthralgies et des myalgies avec de la dépression. L'activité antérieure n'était plus possible et une activité adaptée au handicap était exigible 8h/semaine (soit un taux de travail d'environ 20 %). Selon cette appréciation, la recourante n'a ainsi présenté aucune amélioration du point de vue des limitations physiques (douleurs) et psychique (dépression et fatigue). La Dresse C_____ a relevé qu'elle ne connaissait pas l'évolution depuis longtemps (elle avait vu la recourante en novembre 2019, en mai 2015 et en février 2018), de sorte que son avis n'est pas déterminant. Quant au Dr L_____, il a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la recourante présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie de Crohn, une PSH de l'épaule droite et des arthralgies diffuses. Il n'y avait pas de limitations rhumatologiques. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique pour la maladie de Crohn. Il avait vu la recourante le 8 février 2016 et le 1^{er} mai 2018. Ce rapport, qui comporte des contradictions dès lors qu'il nie la présence de limitations fonctionnelles rhumatologiques tout en reconnaissant la présence d'arthralgie diffuses, de PSH à l'épaule droite et d'une maladie de Crohn incapacitants, n'emporte pas la conviction. Il ne permet en effet pas de comprendre si les arthralgies sont en lien avec la maladie de Crohn et ont, de ce fait, été considérées comme sortant du champ des affections rhumatologiques. Il ne saurait, dans ces conditions, constituer une information médicale claire permettant d'admettre une amélioration des douleurs présentées par la recourante. b. Les éléments médicaux recueillis postérieurement à la décision litigieuse du 25 janvier 2019, ne permettent pas non plus d'établir une amélioration de l'état de santé de la recourante par rapport à celui évalué en septembre 2008. Le Dr O_____ confirme qu'il n'y a pas d'incapacité de travail liée à la maladie de Crohn, du point de vue digestif, ce que le Dr E_____ avait déjà constaté. En revanche, ce médecin atteste de fatigue généralisée avec des douleurs musculaires diffuses (fibromyalgie) et des douleurs abdominales intermittentes, et estime que les douleurs musculaires limitent la capacité de travail à 50 %. La Dresse J_____ a confirmé la présence d'une fatigue généralisée avec des arthralgies et myalgies migrantes (fibromyalgie), des

cervicalgies et des douleurs à l'épaule droite, avec une péjoration de l'état anxio-dépressif (constaté le 10 décembre 2019). La Dresse C_____ a rappelé que les polyarthralgies pouvaient s'inscrire dans le contexte de la RCUH ; un syndrome fonctionnel douloureux grave avait d'ailleurs été retenu par le Dr D_____ et un syndrome douloureux chronique avec possible spondylarthropathie secondaire par le Dr G_____ ; lors de consultations espacées en 2010, 2012, 2013, 2015 et 2019, il n'y avait pas de limitation sur le plan rhumatologique. Elle n'a, en particulier, pas attesté d'une amélioration des douleurs, étant rappelé qu'elle considérait déjà le 1^{er} septembre 2007 qu'il n'y avait pas de réelles limitations fonctionnelles rhumatologiques, l'incapacité de travail étant considérée, avant tout, comme psychiatrique. La Dresse T_____ a indiqué la présence, en 2019, de cervicalgies, de fibromyalgie, de maladie de Crohn et de PSH droite, avec des limitations fonctionnelles liées aux douleurs et à une fatigue importante, de sorte qu'elle estimait que la capacité de travail était plutôt de 50 %. Enfin, le Dr U_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante par la survenance, depuis décembre 2019, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, totalement incapacitant. Cette aggravation est postérieure à la décision litigieuse de sorte qu'elle ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure (ATF 144 V 210). Cela étant, il est à constater qu'aucune amélioration de l'état de santé psychique de la recourante n'a été établie par un psychiatre entre septembre 2008 et janvier 2019. c. Au vu de ce qui précède, aucune pièce médicale au dossier ne permet d'établir que les affections retenues comme incapacitantes par l'intimé au moment de la décision de rente, en septembre 2008, soit une pathologie somatique (arthralgie, douleurs rhumatismales, fibromyalgie) et psychiatrique (épisode dépressif avec syndrome somatique, stress et difficultés de concentration et de mémorisation) auraient évolué favorablement dans une mesure telle que la recourante aurait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il en est de même si l'on tient compte de l'état de santé de la recourante au moment de la communication de l'intimé du 28 octobre 2010, les rapports médicaux requis des médecins traitants attestant d'un état stationnaire, avec la présence de dorsolombalgies et des limitations fonctionnelles inchangées (Dresse C_____), d'un état stationnaire avec des poussées de RCUH chaque année (Dr E_____) et d'asthme (avec diminution de la fonction respiratoire), de migraine et de RCUH (Dresse I_____). 13. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la suppression du quart de rente dont la recourante bénéficiait n'étant pas justifiée. 14. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.