

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2862/2023

ATAS/362/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mai 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Daniel MEYER, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1975, a déposé une demande de prestations invalidité, laquelle a abouti à l'octroi d'une rente invalidité entière, versée depuis le 1^{er} mars 2016.
 - b.** Dans le cadre d'un processus de réexamen, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à une nouvelle instruction, à l'issue de laquelle il a supprimé rétroactivement, au 1^{er} mai 2020, ladite rente.
 - c.** Sur recours de l'assurée, l'OAI s'est déterminé en proposant une nouvelle évaluation du dossier et un renvoi de la cause, ce qui a été confirmé par l'arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) du 3 septembre 2020 (ATAS/735/2020).
- B.**
- a.** Après renvoi de la cause, l'OAI a procédé à une instruction complémentaire qui a abouti à un projet de décision du 22 septembre 2022 de suppression de la rente invalidité, rétroactivement au 1^{er} mai 2020, en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et de sa reprise d'une activité lucrative de mai à août 2019, à un taux de 23.75% et, dès le mois de septembre 2019, à un taux de 48.75%. L'OAI soulignait que la recourante avait violé son obligation de renseigner car elle n'avait pas communiqué sa reprise d'une activité lucrative qui était adaptée à son état de santé ainsi qu'à ses limitations fonctionnelles.
 - b.** Par courrier de son mandataire, daté du 26 octobre 2022, l'assurée a contesté le projet de décision en relevant, notamment, que la reprise d'activité professionnelle en tant qu'animatrice parascolaire avait été possible à temps partiel, en raison du domaine d'activité privilégié dans lequel elle avait évolué, ce qui lui avait été bénéfique d'un point de vue psychiatrique, mais dommageable sur le plan physique. Elle avait ainsi dû démissionner, à compter de la rentrée scolaire d'août 2022, après une sévère infection, étant précisé qu'elle n'avait pu se maintenir dans cette activité lucrative, de septembre 2019 à juin 2022, à un taux d'activité de 48.75%, qu'en raison de l'aide conséquente reçue de ses collègues de travail. En conclusion, elle estimait que le risque de rechute redouté s'était réalisé et que c'était à tort que l'OAI retenait à son endroit un taux d'activité de 63%. Par ailleurs, la quotité du salaire sans invalidité retenue par l'OAI était contestée dans la mesure où le revenu déterminé en 2018 s'élevait à CHF 64'860.- au lieu de CHF 56'451.- tel que retenu à tort par l'OAI. Dès lors, le calcul de comparaison des revenus pour déterminer la capacité de gain était erroné.
 - c.** Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI s'est prononcé, dans un rapport du 18 novembre 2022, sur la situation médicale de l'assurée. Dans son précédent rapport, il avait suivi l'évaluation du psychiatre traitant qui estimait que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, alors que le trouble dépressif était en rémission. Par ailleurs, l'hépatite B aiguë, dont avait souffert l'assurée en juillet 2021, n'avait pas été durable, raison pour laquelle elle n'était

pas du ressort de l'assurance-invalidité. Enfin, la décision de diminuer son taux d'activité à 26.25% était le résultat d'un choix de l'assurée. Le SMR retenait donc une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qui étaient : pas de port de charges, pas de mouvements forcés en flexion/extension du tronc, pas de marche prolongée ou en terrain accidenté, pas de montée sur des échelles ou des échafaudages. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1^{er} septembre 2019.

d. Par décision du 20 juillet 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision et a supprimé, rétroactivement, la rente entière de l'assurée au 1^{er} mai 2020. Le statut, non contesté, de l'assurée, était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et pour les 20% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'enquête ménagère effectuée au domicile avait permis d'établir que l'empêchement pour effectuer les travaux habituels était de 21%, mais qu'en raison de l'exigibilité retenue à l'égard des membres de la famille de l'assurée, l'empêchement pondéré aboutissait à 0%. S'agissant de son activité professionnelle, la perte de gain s'élevait à 74%, pour la période de mai à août 2019, puis à 46% dès le mois de septembre 2019. Néanmoins, après pondération entre la part professionnelle (80%) et la part dans les travaux habituels (20%), on aboutissait à un taux d'invalidité globale arrondi de 37% (soit 46% de 80%), dès le 1^{er} septembre 2019.

C. a. Par acte de son mandataire, posté le 12 septembre 2023, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 20 juillet 2023 auprès la chambre de céans, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours, dès lors que la décision querellée supprimait le droit à la rente invalidité, avec effet au 1^{er} mars 2020 et, au fond, à son annulation et à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante devait être maintenue dans son droit à une rente entière d'invalidité, pour la période de mai à août 2019, puis être mise au bénéfice d'un trois quart de rente, pour la période de septembre 2019 à août 2022, puis d'une nouvelle rente entière, à compter d'août 2022.

b. Par courrier du 13 septembre 2023, la chambre de céans a demandé à l'intimé de se déterminer, préalablement, sur la demande de restitution de l'effet suspensif.

c. L'OAI s'est déterminé sur la question de la restitution de l'effet suspensif par courrier du 26 septembre 2023. Après avoir rappelé la jurisprudence topique, il a considéré que les chances de succès de la recourante, sur le fond, ne paraissaient pas évidentes à première vue et que dans ces circonstances, il fallait admettre que la continuation du versement de la rente ne se justifiait plus. Il existait, de surcroît, un risque important que l'intimé ne puisse pas recouvrer des prestations versées à tort, ce qui entraînait que l'intérêt de l'OAI à l'exécution immédiate de la décision l'emportait manifestement sur celui de la recourante à percevoir une rente durant la procédure.

d. Par réponse sur le fond du 11 octobre 2023, l'OAI a préalablement rectifié la décision en précisant que la suppression de la rente prenait effet au 1^{er} mai 2020 et non pas en mars 2020. Dès lors, le litige portait sur la suppression, avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2020, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante, depuis le 1^{er} mars 2016. L'OAI considérait qu'il y avait eu un changement important de circonstances, qui était propre à influencer le degré d'invalidité, dès lors que, dans le cadre de l'instruction, le psychiatre traitant avait indiqué que le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission et que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 48% en tant que surveillante au sein d'une garderie scolaire. Dans une activité adaptée, le psychiatre traitant considérait que la capacité de travail de la recourante était de 50%. La reprise d'une activité professionnelle, depuis le mois de mai 2019, d'abord à 23.75%, puis à 48.75% depuis le mois de septembre 2019, confirmait d'ailleurs l'amélioration de l'état de santé. S'agissant de la quotité du revenu sans invalidité retenu pour la comparaison, l'OAI expliquait avoir déterminé le revenu sans invalidité en prenant en compte le dernier revenu réalisé avant l'attente à la santé soit : CHF 43'966.- en 2015, à 80%, ce qui correspondait à un revenu de CHF 54'958.- à 100% ; ledit revenu avait été réactualisé en se fondant sur l'ISS.

e. Par courrier du 23 octobre 2023, la chambre de céans a demandé à la recourante de lui transmettre un rapport médical de son psychiatre traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant les diagnostics incapacitants, les limitations fonctionnelles, la prise de médicaments et la fréquence des séances suivies par la recourante. Il était également demandé d'indiquer si la recourante était suivie par un rhumatologue, le cas échéant, un rapport médical de ce dernier devait être transmis.

f. Par courrier du 29 novembre 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans une copie d'une attestation médicale du Dr B_____, non datée, précisant que, malgré les tentatives de contact, elle n'était pas parvenue à se mettre en relation avec ledit médecin et demandant que son audition soit ordonnée par la chambre de céans. Elle mentionnait que depuis le départ à la retraite du Dr B_____, elle était suivie par une psychologue, Madame C_____. Étaient également joints en annexe un rapport médical, daté du 29 novembre 2023, rédigé par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de la recourante, ainsi qu'un rapport du service d'oncologie de la clinique des Grangettes, daté du 20 février 2023 et un rapport du service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 11 octobre 2023.

g. Par arrêt du 22 décembre 2023, la chambre de céans a refusé d'accorder l'effet suspensif à la recourante en considérant qu'il n'était pas évident, à première vue, qu'elle obtienne gain de cause sur le fond.

h. Par courrier du 22 mars 2024, la chambre de céans a invité les parties à faire d'éventuelles observations complémentaires sur le fond. La recourante a répondu qu'elle était dans l'attente de rapports médicaux qui tardaient à lui parvenir, en

raison du congé de Pâques et demandait une prolongation du délai au 5 mai 2024, pour le dépôt des observations.

i. Par réplique du 18 avril 2024, la recourante a versé à la procédure trois ordonnances relatives au traitement antidépresseur ainsi qu'une attestation de la docteure E_____, médecin assistant en psychiatrie au sein du cabinet « Les psys réunis », attestant qu'elle suivait la patiente depuis le 24 janvier 2024, à raison de deux consultations par mois et que cette dernière présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un traitement antidépresseur de Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour, de Quiétapine, 25 mg en réserve et d'Atarax, 25 mg par jour.

j. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

k. Les autres faits et informations seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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), 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 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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si

elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022 ; toutefois, il n'est pas contesté qu'une modification des circonstances est survenue avant cette date, conformément à l'art. 88a RAI. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI, du 20 juillet 2023, de suppression de la rente d'invalidité de l'assurée.
6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques

déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; 127 V 10 consid. 4b).

7.

7.1 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 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 ; 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 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).

7.2 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. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de

manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

8. 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 1^{er} janvier 2008).

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

9.

9.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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.

9.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

9.3 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).

9.4 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).

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

10.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11.

11.1 À titre préalable, il convient de noter que, par chargé de pièces du 17 avril 2024, le mandataire de la recourante a produit de nouvelles pièces médicales, soit :

- un rapport de consultation du service de rhumatologie des HUG, daté du 25 mars 2024 ;
- trois ordonnances relatives au traitement antidépresseur ;
- une attestation datée du 16 avril 2024 de la Dre E_____, médecin assistant en psychiatrie au sein du cabinet « Les psys réunis », attestant qu'elle suivait la patiente depuis le 24 janvier 2024, à raison de deux consultations par mois et que cette dernière présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un traitement antidépresseur de Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour, de Quiétapine, 25 mg en réserve et d'Atarax, 25 mg par jour.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Les nouvelles pièces médicales produites par la recourante, après l'arrêt incident du 22 décembre 2023, se rapportent à des pathologies rhumatologiques et psychiatriques présentes antérieurement à la décision querellée, raison pour laquelle il en sera tenu compte.

11.2 En l'espèce, la recourante souffre d'atteintes rhumatologiques et psychiatriques et expose avoir repris une activité professionnelle, dans un contexte de conditions de travail très favorables et sans exigence de rendement, mais que ce taux d'activité n'était pas pérenne en raison d'un risque significatif de décompensation dépressive.

L'OAI, de son côté, se fonde sur la reprise du travail pour estimer que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et estime que sa démission n'est pas justifiée par son état de santé mais par des considérations personnelles.

11.3 La recourante a versé à la procédure le rapport médical du Dr D_____, daté du 29 novembre 2023, dans lequel ce dernier indique que la recourante est de base très fragile, sur le plan psychologique, en raison d'un état dépressif chronique, avec suivi psychothérapeutique et médication anti-dépressive au long cours, sous forme de Venlafaxine 75mg, 2 fois par jour. Sur le plan somatique, le médecin cite les lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis, avec multiples hernies discales ; des gonalgies droites chroniques, suite à un traumatisme de 2014 ; un asthme allergique aux poussières ; un canal carpien bilatéral traité par attelle nocturne et une hypothyroïdie substituée. Il expose que la recourante était, jusqu'à présent, à peine capable d'exercer son activité d'animatrice parascolaire à 20% et une augmentation de son taux de travail ne paraît pas envisageable, de son point de vue, à l'heure actuelle. Il ajoute ensuite que la réévaluation de sa rente invalidité semble avoir plongé l'assurée dans une profonde détresse psychologique, avec une aggravation de son trouble anxieux-dépressif et la consommation de somnifères et de benzodiazépines.

Bien qu'il ait reçu une copie du rapport des HUG du 11 octobre 2023 et qu'il ait été le destinataire du bilan médical effectué à la clinique des Grangettes, selon courrier du 20 février 2023, le médecin traitant ne mentionne pas ces troubles de la santé et semble se concentrer plutôt sur les troubles psychiques ainsi que sur les troubles du rachis.

À cet égard et comme le relève le SMR, dans son avis médical du 9 octobre 2023, ces troubles sont connus. Néanmoins, pour rendre cet avis, le SMR s'est fondé sur le rapport du Dr D_____ du 25 août 2023, mais pas sur l'ultime rapport médical du 29 novembre 2023. La différence entre ces deux rapports tient à ce que, selon le rapport de novembre 2023, le trouble anxieux dépressif se serait aggravé en raison de la profonde détresse psychologique, résultant de la réévaluation de la rente invalidité.

Dans la motivation de son arrêt incident du 22 décembre 2023, la chambre de céans s'était étonnée que le Dr D_____ ne fasse pas mention de la moindre détresse psychologique liée à ce processus, dans son appréciation médicale du 25 août 2023, puis indique être dans une « profonde inquiétude », dans son appréciation médicale du 29 novembre 2023, soit trois mois plus tard.

Les juges avaient également relevé qu'en dépit de cette détresse psychologique dont faisait état le médecin traitant, l'assurée n'était pas suivie par un médecin psychiatre, mais par une psychologue, les antidépresseurs étant prescrits par son médecin généraliste.

Enfin, la chambre de céans avait constaté qu'en dépit des problèmes somatiques et notamment des douleurs liées au rachis, l'assurée n'était pas suivie par un rhumatologue.

11.4 La situation a toutefois évolué, depuis lors, par la production de nouvelles pièces médicales, dont il sied de tenir compte pour les raisons exposées *supra* (cf. consid. 11.1).

Le rapport de consultation du service de rhumatologie des HUG, daté du 25 mars 2024 et signé par le médecin adjoint agrégé F_____, confirme les diagnostics de lombalgies et gonalgies droites chroniques post-traumatique ; il mentionne sous « Anamnèse actuelle » : une douleur lombaire sévère ; un handicap fonctionnel sévère (56%) ; un trouble anxieux sévère, un trouble dépressif modéré ainsi qu'une qualité de vie de 40%, considérée comme faible. Il ajoute que parmi les facteurs de risque de chronicité, des conduites d'évitement et un état anxieux « plus que dépressif » sont venus renforcer ces éléments ; au vu du score HADS (*hospital anxiety and depression scale*) très élevé, il encourage une psychothérapie plus intensive.

À cet égard, l'attestation du 16 avril 2024 de la Dre E_____ démontre qu'un tel suivi existe, depuis le 24 janvier 2024, à raison de deux consultations par mois et que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un traitement antidépresseur Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour.

L'OAI, à qui ces pièces ont été transmises par la chambre de céans en date du 19 avril 2024, ne s'est pas déterminé.

Il sied de rappeler que lorsqu'un cas n'a pas fait l'objet d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGa, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves ; des doutes même minimes sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance doivent conduire à des investigations complémentaires (cf. consid. 9.2 *supra*).

Les pièces médicales en question ne pouvaient pas être prises en compte par le SMR qui s'est déterminé sur la base des pièces présentes au dossier en 2023.

En se fondant sur les éléments médicaux mis en avant par les médecins traitants de la recourante, des doutes subsistent quant à la précédente appréciation du SMR de l'OAI et il se justifie, en conséquence, de poursuivre l'instruction du dossier et d'ordonner une expertise bi-disciplinaire de la recourante, au sens de l'art. 44 LPGa, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

Étant précisé que la reprise partielle du travail par l'assurée n'est pas un élément déterminant attestant de la capacité de travail de l'assurée dès lors que cette dernière a allégué avoir démissionné car sa santé ne lui permettait pas d'accomplir sa tâche sans l'aide de ses collègues. Le fait qu'elle n'a pas mentionné ses troubles de la santé, dans sa lettre de démission, n'est pas un élément déterminant, contrairement à ce que semble en déduire l'OAI, qui justifie ladite démission par des raisons personnelles autres que l'état de santé.

Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8). Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGA, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1^{er} février 2019 consid. 8c). Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2).

Compte tenu de ces éléments, c'est à l'intimé de mettre en œuvre cette expertise bi-disciplinaire, dans la mesure où il lui appartient, en premier lieu, d'instruire le cas avant de rendre sa décision.

- 12.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 20 juillet 2023 sera annulée.

La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

- 13.** La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
- 14.** Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 20 juillet 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le