

## **GE\_GERICHTE ATAS/1054/2018 vom 14. November 2018**

GE Cour de justice, 2018-11-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1054\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1054_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1054/2018 du 14 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1054/2018 del 14 novembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

Dans une note du 13 septembre 2017, l'OAI a retenu pour l'assurée un statut d'actif au vu des éléments rapportés lors de l'enquête ménagère.

#### **E. 16**

Par décision du 19 février 2018, l'OAI, reprenant la teneur de son projet de décision du 2 octobre 2017, a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er mars 2014 au 31 juillet 2015, puis une demi-rente dès le 1er août 2015. Le SMR lui reconnaissait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse dès novembre 2011 (début du délai d'attente d'un an) et de 50 % dans une activité adaptée dès avril 2015, date de l'amélioration de son état de santé. L'activité de blanchisseuse était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Bien que son incapacité de gain fût totale en novembre 2012, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, la rente ne pouvait être versée qu'à compter de mars 2014 compte tenu du dépôt tardif de la demande. Dès le 1er août 2015, son degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail.

#### **E. 17**

Par acte du 16 mars 2018, complété le 31 mai 2018, l'assurée a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation partielle et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2016, le cas échéant, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique. Elle a nié la valeur probante du rapport d'expertise, considérant que les conclusions de l'expert, antérieures au décès de sa mère, étaient contredites par celles de son psychiatre traitant qui retenait une aggravation de son état de santé psychique depuis le décès de sa mère. Celui-ci du reste ne l'avait revue qu'à une seule occasion avant d'établir le rapport complémentaire. Elle a allégué que le traitement antipsychotique mis en place avait induit des effets secondaires indésirables, soit un ralentissement psychomoteur léger à modéré, qui était également attesté par Mme J\_\_\_\_\_, neuropsychologue, laquelle avait observé un ralentissement très sévère. Elle a conclu que l'amélioration de son état de santé psychique en avril 2015 en raison de la diminution de la consommation alcoolique n'avait été que passagère puisqu'elle était à nouveau totalement incapable de travailler depuis mars 2016 dans toute activité, de sorte qu'elle pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité dès juin 2016.

#### **E. 18**

Dans un rapport du 17 avril 2018, transmis par l'intimé à la chambre de céans le 27 avril 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent

A/983/2018 - 8/18 - sévère avec des symptômes psychotiques (F 32.3). L'état de santé de sa patiente s'était aggravé suite au décès de sa mère, laquelle constituait pour elle un soutien moral très important et l'avait aidée à surmonter des phases difficiles ces dernières années. Suite à cet événement, des symptômes psychotiques et une aggravation de l'état de la thymie étaient apparus, motivant la prescription de Risperdal. Si une légère rémission avait été constatée depuis lors, car la symptomatologie psychotique avait disparu, la thymie dépressive d'intensité sévère perdurait. La recourante, qui était très compliante et participait régulièrement aux séances de psychothérapie cognitive comportementale, présentait un ralentissement psychomoteur léger à modéré en raison d'effets indésirables du traitement antipsychotique. Les limitations fonctionnelles étaient une résistance psychique nulle ainsi que des difficultés cognitives importantes.

#### **E. 19**

Dans sa réponse du 28 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit l'avis du SMR du 5 juin 2018, aux termes duquel l'expert avait pris en compte le décès de la mère de la recourante lors de son complément d'expertise de novembre 2016. Celui-ci s'était entretenu avec l'expertisée dans les jours suivant immédiatement cet événement traumatisant et conclu que le « status clinique, malgré les circonstances, restaient superposables à celui de l'expertise de novembre 2015 ». En outre, la Dresse G\_\_\_\_\_ retenait une amélioration de l'état de santé ainsi qu'un ralentissement psychomoteur léger à modéré seulement. Aucune aggravation de l'état de santé psychique ne pouvait être retenue, pas plus qu'une sévérité des atteintes psychiques, depuis le complément d'expertise. L'intimé a fait valoir que le rapport d'expertise remplissait tous les critères posés par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à ce document. Contrairement aux allégations de la recourante, l'expertise et son complément avaient eu lieu postérieurement au décès de la mère, événement qui avait été pris en compte et analysé tant sur la base des déclarations de la recourante que des éléments recueillis auprès du psychiatre traitant. Enfin, le fait que celle-ci n'ait été examinée qu'une seule fois avant le rapport complémentaire n'était pas un critère compromettant la force probante de l'expertise selon la jurisprudence.

#### **E. 20**

Dans sa réplique du 20 juillet 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a exposé que, contrairement aux dires du SMR, la Dresse G\_\_\_\_\_ avait retenu une aggravation de son état de santé suite au décès de sa mère. Quand bien même la spécialiste avait constaté une légère rémission grâce à l'introduction d'un antipsychotique, elle avait néanmoins attesté une dépression sévère avec apparition de symptômes psychotiques suite au décès de la mère. Il s'agissait donc d'un nouveau diagnostic. Ainsi, contrairement à l'affirmation de l'expert, tout n'était pas « rentré dans l'ordre ». Du reste, le SMR avait douté de la pertinence des conclusions du rapport d'expertise, raison pour laquelle un complément d'expertise avait été sollicité. Faisant siennes les conclusions erronées du SMR, l'intimée minimisait l'influence des troubles de la santé sur sa capacité de travail.

A/983/2018 - 9/18 -

#### **E. 21**

Sur ce, 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

## E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 3. 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents (qui remontent à 2011) jusqu'à la décision litigieuse du 19 février 2018, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (5ème révision et révision 6a), entrées en vigueur les 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut continuer à bénéficier de la rente entière d'invalidité, octroyée à partir du 1er mars 2014, au lieu d'une demi-rente dès le 1er août 2015. Il s'agit donc de déterminer si la réduction de la rente est justifiée.

A/983/2018 - 10/18 - Il sera relevé que, par décision du 10 juillet 2008, l'intimé avait « rejeté » la demande de la recourante du 16 novembre 2004, déposée en raison d'une dépression, au motif que la situation médicale n'avait pas été suffisamment instruite, celle-ci ne s'étant pas présentée à l'expertise prévue, en dépit de la mise en demeure. Une décision sur le fond n'avait alors pas été rendue. Par conséquent, malgré la terminologie employée par l'intimé, ladite décision constitue une décision de non-entrée en matière. Il s'ensuit que la décision litigieuse du 19 février 2018, prononcée suite à la demande de la recourante du 16 septembre 2013, ■ qui invoquait un trouble dépressif et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline depuis 2011 ■ correspond à une décision initiale. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le

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 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du

### **E. 31**

janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

A/983/2018 - 11/18 - 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à

l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une

A/983/2018 - 12/18 - activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 10. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste

reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

A/983/2018 - 13/18 - connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

A/983/2018 - 14/18 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. a. En l'espèce, l'intimé, se basant sur le rapport d'expertise du 23 novembre 2015 et son complément du 25 novembre 2016 ainsi que sur les avis du SMR, a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2014 au 31 juillet 2015, puis à une demi-rente dès le 1er août 2015, en raison de troubles psychiques à caractère invalidant. Il convient donc d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important justifiant la réduction de la rente. b. Le rapport d'expertise qui émane du Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, soit un spécialiste de la discipline médicale pertinente pour juger du cas d'espèce, se fonde sur l'examen du dossier, l'anamnèse, les plaintes de la recourante et les observations cliniques. L'expert a complété ce document, à la demande du SMR. Il a d'une part réexaminé la recourante le 21 mars 2016 et d'autre part il s'est appuyé sur le A/983/2018 - 15/18 - rapport neuropsychologie du 28 octobre 2016. Le rapport d'expertise et son complément comportent une appréciation motivée du cas. En effet, l'expert a posé, à l'instar des médecins ayant examiné la recourante, les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 2010, épisode actuel d'intensité légère à moyenne ; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool depuis 2004, actuellement abstinence partielle ainsi que des troubles mixtes de la personnalité, immature (émotionnellement labile type borderline) et dépendant depuis toujours. Lors de l'entretien du 3 octobre 2015, l'expert a observé que le faciès de la recourante était plutôt triste, que les idées noires s'étaient atténuées depuis plusieurs mois, qu'elle ne présentait pas de difficultés cognitives notoires et qu'elle disposait de nombreuses ressources (elle était facilement abordable, sortait de la maison et trouvait du plaisir à rencontrer ses enfants ou ses amis). Lors de l'entretien du 21 mars 2016, il a constaté que le status clinique demeurait superposable à celui de l'expertise précédente. Il a pris en compte le rapport neuropsychologique du 28 octobre 2016, lequel repose sur un examen neuropsychologique réalisé le 28 septembre 2016, soit après le décès de la mère de la recourante (le 20 mars 2016). Ce rapport conclut que l'expertisée, qui n'avait pas présenté de signe de fatigue notable lors de l'examen d'une durée totale de plus de quatre heures, et dont les

questionnaires relatifs à la thymie étaient hautement significatifs quant à un trouble anxio-dépressif, présentait un handicap mental léger ainsi qu'un ralentissement très sévère pour l'exécution de toutes les tâches. Ce ralentissement psychomoteur était probablement à mettre en relation avec les troubles de la thymie. D'un point de vue cognitif, l'expertisée était en mesure d'exécuter des tâches cadrées, simples et répétitives nécessitant peu de ressources cognitives, telles que lingère. L'expert a expliqué que la consommation d'alcool en parallèle avec les médicaments avaient joué un rôle important dans le maintien de l'état dépressif et des troubles du comportement. La capacité de travail dans toute activité était de 50 % depuis avril 2015, date à compter de laquelle l'état psychique de la recourante était relativement stabilisé avec moins de tendances de passage à l'acte, lié à une nette diminution de la consommation d'alcool. Un travail au-delà de ce taux n'était pas envisageable, en raison de la personnalité borderline et dépendante de la recourante qui digérait difficilement les frustrations et abusait d'alcool et de médicaments en cas de stress important. Force est ainsi de constater que l'expert a évalué la capacité de travail de la recourante en prenant en considération sa thymie, sa personnalité, ses troubles du comportement ainsi que le ralentissement psychomoteur sévère dont elle est atteinte. Par conséquent, l'appréciation circonstanciée de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante dès le mois d'avril 2015 est convaincante. Cela étant, la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin traitant, et la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ont, dans leur rapport respectif des 23 juin 2016 et 17 avril 2018, fait état d'une aggravation de l'état psychique de la recourante après le décès de la mère survenu le 20 mars 2016. Elles ont posé un nouveau diagnostic, soit un trouble

A/983/2018 - 16/18 - dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques. Leur patiente présentait des hallucinations auditives et visuelles ayant nécessité le recours à une polymédication psychiatrique lourde. Certes, l'expert, dans son complément d'expertise, a relevé que la recourante avait présenté des hallucinations durant la période de deuil. Il a expliqué que chez les personnalités dépendantes, borderline en présence d'un handicap mental même léger, à l'instar de la recourante, des formes de décompensation diverses, y compris d'allure psychotique passagère, pouvaient se manifester en cas de stress important. La Dresse E\_\_\_\_\_, qui ne s'est pas déterminée sur la capacité de travail de sa patiente depuis cet événement, a effectivement constaté que la symptomatologie psychotique avait disparu depuis la prescription de Risperdal (cf. rapport du 17 avril 2018). En outre, lors de l'examen neuropsychologique, réalisé après le décès de la mère de la recourante, hormis l'évocation par cette dernière du tentamen d'un employé de son époux, aucune labilité émotionnelle n'avait été observée. Ces éléments tendent à démontrer que l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, provoquée par le décès de sa mère, a été temporaire. Toutefois, l'expert ne s'est pas prononcé sur l'influence de cette aggravation passagère sur la capacité de travail de la recourante. c. Cependant, on ne saurait nier, pour ce motif, toute valeur probante au rapport d'expertise. Le Dr D\_\_\_\_\_ s'est en effet déterminé sur la base des examens effectués, a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante et son rapport, en l'état, ne comporte pas de contradictions. Il est à ce stade uniquement lacunaire sur certains points. En outre, contrairement à ce que semble croire la recourante, le fait que l'expert l'ait revue qu'à une seule occasion avant l'établissement du rapport complémentaire n'est pas de nature à justifier que l'on s'écarte de son expertise. La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral I\_719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2). Il convient

par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il demande un complément à l'expert. Celui-ci devra décrire l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le 20 mars 2016 et se déterminer sur sa capacité de travail, sur une éventuelle diminution de rendement ainsi que sur la date à partir de laquelle sa capacité de travail serait exigible. d. Le renvoi de la cause à l'intimé se justifie d'autant plus qu'il n'a pas instruit la situation médicale de la recourante sous l'angle somatique, alors qu'antérieurement au prononcé de la décision litigieuse, dans son rapport du 23 juin 2016, la Dresse F\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis novembre 2015 et un tremblement des membres supérieurs depuis octobre 2014. Dans son rapport du 16 mars 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs à l'épaule gauche et d'un enraidissement progressif. La recourante présentait une limitation fonctionnelle et les mobilités n'étaient pas les meilleures. Lors de l'enquête ménagère réalisée le 6 septembre 2017, la recourante a évoqué ses atteintes aux épaules qui n'avaient

A/983/2018 - 17/18 - toutefois pas été prises en compte à ce moment, l'enquêtrice ayant considéré ■ à tort ■ que ces troubles n'étaient pas documentés. Au vu de ces éléments, quand bien même, sur le plan psychiatrique, la recourante disposerait depuis avril 2015 d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité de blanchisseuse (laquelle correspond à l'activité habituelle), à ce stade, on se demande si les symptômes somatiques affectent cette capacité de travail. Il appartiendra donc à l'intimé d'examiner l'influence éventuelle de ces atteintes somatiques sur la capacité de travail de la recourante. 14. Par conséquent, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 15. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordé 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]). Étant donné que, depuis le 1er 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.-.

A/983/2018 - 18/18 - 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.