

GE_GERICHTE ATAS/528/2014 vom 22. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_528_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/528/2014 du 22 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/528/2014 del 22 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2011.

E. 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), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

E. 6

Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390).

E. 7

En l'espèce, il convient donc de vérifier si l'état de santé de l'assurée s'est effectivement amélioré entre le 1er octobre 2010 – date à compter de laquelle l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité – et le 30 avril 2011 – date à

A/2802/2012 - 11/20 - partir de laquelle l'OAI a considéré qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 90%, et, partant, qu'elle n'avait plus droit à aucune prestation AI.

E. 8

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2)

E. 10

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF

A/2802/2012 - 12/20 - 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

A/2802/2012 - 13/20 - l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

E. 11

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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 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).

A/2802/2012 - 14/20 - Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux

critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA non publié I 652/04 du 3 avril 2006, consid. 2.3; ATF 132 V 65, consid. 4.3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). 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. cc). 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. A 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 A/2802/2012 - 15/20 - dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 12

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). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464, consid. 4a, ATF 122 III 219, consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90, consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283, consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 13

En l'espèce, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise réalisé par le Dr B_____ le 21 juillet 2011, selon lequel l'assurée présentait une capacité de travail nulle dès le 24 août 2009, et de 80 à 100% dès le 1er mai 2011, lui a accordé une rente entière dès le 1er octobre 2010, mais limitée au 30 avril 2011.

E. 14

Il y a préalablement lieu de constater que le rapport d'expertise se fonde sur des examens complets, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'expert a pris en considération les plaintes de l'assurée et que ses conclusions

A/2802/2012 - 16/20 - sont motivées, claires et convaincantes, de sorte qu'il peut être considéré qu'il a toute valeur probante.

E. 15

L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir mandaté qu'un expert psychiatre, alors que seule une expertise bidisciplinaire, soit une expertise rhumatologique et psychiatrique, aurait permis de déterminer si la maladie dont elle souffre est ou non invalidante. Le concours d'un médecin rhumatologue vise à écarter tout diagnostic somatique, ce qui permet, le cas échéant, au médecin psychiatre de retenir ou non une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux. La reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou d'une fibromyalgie suppose en effet la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. Dans le cas d'espèce, il y a lieu de constater que l'assurée aurait consulté un rhumatologue, selon ce qu'a rapporté le Dr E_____, elle n'en fait cependant pas état, et rien au dossier ne laisse penser qu'elle souffre d'une atteinte somatique. L'assurée ne mentionne pas non plus d'autre atteinte dans sa demande de prestations, qu'une dépression depuis 2009. Une expertise rhumatologique ne se justifie dès lors pas dans ces conditions.

E. 16

Le Dr B_____ a retenu une incapacité totale de travail dès le 24 août 2009 et une capacité de travail exigible au taux de 80 à 100% dès le 1er mai 2011 en lien avec un «état dépressif majeur, récurrent, de gravité légère» et un «trouble panique avec agoraphobie subclinique». Il évoque une «probable évolution vers un trouble somatoforme indifférencié».

E. 17

Reste à déterminer si ces conclusions peuvent être mises en cause par celles des Drs D_____ et E_____. Les diagnostics retenus par les Drs D_____, E_____ et B_____ sont les mêmes. Tous trois ont retenu une dépression majeure récurrente. Ils diffèrent en revanche sur le degré de gravité. Pour le premier, il est moyen, pour le second, moyen à sévère, et pour le dernier, léger.

E. 18

Selon le Dr D_____, l'assurée souffre d'une dépression d'intensité moyenne, étant précisé qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état entre mars 2010 et juillet 2011. Il a également constaté la présence d'une fibromyalgie et d'une dépression d'intensité moyenne, dans le contexte de douleurs sans substrat anatomique, avec un certain isolement social et la perte de contacts sociaux. Il considère que si le Dr B_____ n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, c'est parce qu'il «n'a pas donné suffisamment d'importance, voire pas du tout, aux douleurs». Selon lui, les douleurs sont restées stationnaires, l'état dépressif s'est en revanche aggravé. Il le qualifie de grave depuis 2009. Il ne comprend pas pour quelle raison le Dr B_____ a dit avoir constaté une amélioration de l'état dépressif entre mars 2010 et juillet 2011. Il relève que le Dr B_____ a parlé de dramatisation et

A/2802/2012 - 17/20 - d'exagération. Il ne partage pas cette observation, estimant bien au contraire que sa patiente tente de cacher ses douleurs. Force est de constater que le Dr D_____ n'explique pas pour quelle raison, il n'y a pas eu, selon lui, d'amélioration de l'état dépressif de sa patiente après mai 2011. Il se borne à déclarer que l'état dépressif s'est aggravé, tout en le qualifiant de grave depuis 2009 déjà. Ses conclusions ne permettent pas de considérer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'en réalité les atteintes à la santé dont souffre l'assurée, soit l'état dépressif et le trouble panique avec agoraphobie subclinique, sont de nature à conduire à une incapacité de travail entière au-delà du 1er mai 2011.

E. 19

Le Dr D_____ a indiqué que sa patiente souffrait d'une fibromyalgie. Il a toutefois précisé que ce diagnostic avait déjà été posé lorsque l'assurée était venue le consulter pour la première fois, et qu'il n'avait donc pas cherché à vérifier ce diagnostic. Le Dr B_____ l'a écarté, considérant toutefois que l'évolution de l'état de santé de l'assurée irait probablement vers un trouble somatoforme indifférencié. Le Dr E_____, quant à lui, fait état d'un trouble somatoforme douloureux chronique. La question de savoir si le diagnostic de fibromyalgie ou de TSD est fondé ou non peut être laissée ouverte, dans la mesure où ce diagnostic ne permet pas à lui seul de conclure à la présence d'une invalidité au sens de la LAI. Il faut en effet se demander si l'assurée dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. Or, les critères mis en place par la jurisprudence du Tribunal fédéral à cet égard ne sont en l'espèce quoi qu'il en soit pas réalisés. Un état dépressif, même moyen, ne constitue en effet pas une comorbidité psychiatrique grave. L'expert a par ailleurs considéré qu'il n'y avait pas perte d'intégration sociale, l'assurée étant bien entourée, au moment de l'expertise, par ses enfants, son époux, ainsi que par quelques amis. Il n'a pas

non plus retenu un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, ou d'une résistance au traitement puisque la non ou très mauvaise observance à l'Efexor a été démontrée. Il n'apparaît pas qu'un changement de situation soit intervenu à cet égard au moment de la décision litigieuse, l'assurée ayant déclaré dans le cadre de l'anamnèse du 30 mai 2011 qu'elle préférerait rester à la maison car elle n'a «jamais été quelqu'un qui sort beaucoup», et se rendait seule chez ses médecins.

E. 20

Le Dr E_____ a vu l'assurée pour la première fois en juin 2013. Il retient une dépression majeure récurrente épisode actuel moyen à sévère, un trouble anxieux de type attaque de panique avec agoraphobie, un trouble obsessionnel compulsif et un trouble somatoforme douloureux chronique. Selon ce médecin, « Actuellement, l'assurée est triste, souvent avec des crises de pleurs, fatiguée, reste la plupart du temps au lit, se nourrit de manière désordonnée (a pris 15 kg ces

A/2802/2012 - 18/20 - derniers 5 ans), se culpabilise de sa situation de façon excessive, énorme tension corporelle et psychique, inversion de son rythme veille-sommeil. L'assurée se couche habillée au salon vers les 03-04 heures du matin et se réveille au début de l'après-midi. Elle ne sort pratiquement pas de son appartement. A peur des gens. Ne prend pas les transports publics (phobies). Difficultés à se concentrer et à garder l'attention sur autre chose que la TV. Elle vit seule avec un petit chien et ne fréquente qu'une amie qui vient des Eaux-Vives lui rendre visite à Versoix. Ne répond que rarement au téléphone ». Le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif posé par le Dr E_____ avait déjà été évoqué par le Dr B_____. Bien que ce trouble a commencé vers l'âge de 20 ans, il y a lieu de constater qu'il ne l'a pas empêchée d'exercer une activité lucrative jusqu'en 2009, ce qui signifie qu'il n'était vraisemblablement pas aussi important qu'aujourd'hui tels qu'il est décrit par le Dr E_____ (lavage des mains jusqu'à 50 fois par jour, etc.). La description du comportement actuel de l'assurée dû à ce trouble témoigne en revanche d'une aggravation importante par rapport à ce qu'avait relevé le Dr B_____. Le trouble panique avec agoraphobie s'est apparemment également aggravé. L'état de santé de l'assurée s'est ainsi vraisemblablement modifié en tout cas depuis juin 2013.

E. 21

Il y a toutefois lieu de rappeler que le Dr E_____ n'est le médecin psychiatre traitant de l'assurée que depuis juin 2013, soit postérieurement au 24 juillet 2012, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue. Force est ainsi de constater que le Dr E_____ fait état d'éléments nouveaux, survenus postérieurement à la décision litigieuse. Or, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). L'aggravation de l'état de santé alléguée par le Dr E_____ ne pourra dès lors être examinée que dans le cadre d'une nouvelle instruction et devra faire l'objet d'une nouvelle décision.

E. 22

Les conclusions du Dr B_____, qui ont au demeurant valeur probante, restent dès lors applicables en l'état, aucun élément ne permettant de les remettre en cause. Il convient ainsi de retenir une capacité de travail comprise entre 80 et 100% dès le 1er mai 2011, dans toute

activité.

E. 23

Dans un tel cas, l'incapacité de travail se confond avec le degré d'invalidité. La comparaison des gains se détermine en effet par rapport à son taux d'activité avant l'invalidité et celui après la survenance de l'invalidité, ce qui donne en l'espèce un degré d'invalidité de 10%, si l'on se réfère à une moyenne comprise dans la fourchette indiquée. Or, ce taux n'ouvre le droit ni à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI), ni à des mesures de réadaptation professionnelle, lesquelles ne se

A/2802/2012 - 19/20 - justifieraient pas quoi qu'il en soit, du fait que la capacité de travail est envisagée dans toute activité. C'est en conséquence à juste titre que l'OAI a entendu limiter dans le temps le droit de l'assurée à la rente entière.

E. 24

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, « Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre ». La suppression de la rente d'invalidité ne peut dès lors intervenir qu'à compter du 1er août 2011, soit trois mois après l'amélioration constatée par le Dr B _____, et non pas dès le 30 avril 2011.

E. 25

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

E. 26

La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA).

E. 27

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supportera également un émolument de CHF 200.-.

A/2802/2012 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.