

GE_GERICHTE ATAS/860/2008 vom 7. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_860_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/860/2008 du 7 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/860/2008 del 7 agosto 2008

Erwägungen

E. 24

Par courrier du 14 mai 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Quant au fond, elle concluait à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité. Selon la recourante, l'expertise à laquelle s'est livré le Dr D_____ nie complètement l'ensemble de sa psychopathologie et de sa souffrance physique, de même que les conséquences des traumatismes subis dans son enfance, lesquels ont été attestés par le Dr A_____. Quant à son problème d'alcool, elle estime qu'il ne s'agit pas de l'élément prépondérant et déterminant de son état de santé. A l'appui de son recours, l'assurée a produit les documents suivants : - une attestation de sa filleule et de son gendre, les époux M_____, datée du 26 décembre 2006, dont il ressort que ceux-ci l'aident à raison de trois fois par semaine et se chargent des gros travaux (peinture, nettoyage des vitres, vaisselle et repassage); - un courrier du Dr A_____ daté du 23 janvier 2007 concluant que l'assurée souffre d'un "trouble développemental traumatique", problématique très fréquente chez l'enfant et l'adolescent et qui entraîne d'importantes séquelles chez l'adulte, dont, chez l'assurée, un trouble de la personnalité de type borderline impulsif, une tendance à la pharmacodépendance, des troubles de l'appétit et des troubles dépressifs récurrents; le Dr A_____ ajoute que l'expertise du Dr D_____ présente des lacunes importantes dans la mesure où il n'a pas évalué la patiente du point de vue de son alcool-dépendance sur l'échelle de MAST ni évalué sa dépression sur les échelles de HAMILTON et de BECK, ni procédé à aucun questionnaire psycho-traumatique; il lui reproche également de n'avoir pas examiné de façon systématique la pertinence des critères de troubles de la personnalité qu'il juge évidents chez la patiente ;

N° de procédure - 8/26 - - un courrier du Dr A_____ daté du 11 avril 2007 s'insurgeant que l'on "nie l'ensemble de la psychopathologie et de la souffrance psychique de Madame L_____, chronicisée, grave et totalement incapacitante"; selon lui, l'examen de l'expert psychiatre est "lacunaire, insuffisant, inacceptable au niveau des connaissances universitaires modernes concernant les troubles de la personnalité, les névroses traumatiques et les troubles de l'humeur"; sa patiente souffre des séquelles d'un psycho-traumatisme durable de l'enfance, d'un trouble du développement de la personnalité, d'une dépression majeure récurrente et d'une poly-pharmacodépendance; selon le Dr A_____, son état de stress dépassé avec épuisement psychique est totalement incapacitant.

E. 25

Le 31 mai 2007, l'OCAI a conclu au rejet de la requête de rétablissement de l'effet suspensif.

E. 26

Le 29 juin 2007, l'OCAI s'est en outre déterminé sur le fond et a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'expertise du Dr D _____ a pleine valeur probante et ses conclusions méritent d'être suivies.

E. 27

Par arrêt incident du 5 juillet 2007, le Tribunal de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

E. 28

Le 13 décembre 2007, le Tribunal a procédé à l'audition du Dr A _____ en qualité de témoin. Celui-ci a rappelé qu'il suit la recourante depuis 1983 et s'est dit profondément convaincu qu'elle se trouve dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. Selon lui, une pharmacodépendance n'est jamais primaire, dès lors que dans les addictions graves, il y a toujours, à l'origine, un phénomène traumatique (négligence ou maltraitance parentale), qui conduit ensuite au développement d'un trouble de la personnalité et enfin à l'apparition d'épisodes dépressifs sévères et répétés qui entraînent un épuisement psychique. Le témoin a reproché au rapport du Dr D _____ des lacunes inadmissibles. Premièrement, selon lui, ce médecin n'a mené aucune investigation approfondie des traumatismes subis par sa patiente, dont il a rappelé qu'elle a notamment été séparée de sa mère alors qu'elle était toute petite pendant près d'une année, qu'elle a découvert à la mort de son père qu'il n'était en fait pas son vrai père et qu'enfin, elle a été hospitalisée pendant près d'une année pour une poliomyélite avec hémiparésie et perte de la parole. Deuxièmement, il est selon le Dr A _____ totalement erroné de conclure, comme le fait l'expert, à un trouble de la personnalité tardif : un trouble de la personnalité n'est jamais tardif selon les classifications reconnues. Troisièmement, le Dr D _____ n'a procédé à aucun test, tel que le test de BECK, pour apprécier la gravité de la dépression. Alors même qu'il a lui-même fourni un score de 50 sur l'échelle de BECK - entraînant en général l'hospitalisation - le Dr D _____ n'y a même pas fait référence. Il n'a pas non plus eu recours à

N° de procédure - 9/26 - l'échelle de MAST, utilisée pour la dépendance alcoolique, ni fait remplir à la recourante de questionnaire de psycho-traumatologie. Le Dr A _____ a émis l'opinion que les psychiatres de Suisse romande sont de façon générale tout à fait insuffisants en matière de psycho-traumatologie adulte. Dans le cas de la recourante, l'usage des produits était tel qu'il apparaissait para-suicidaire et montrait la gravité de la dépression. L'usage d'alcool et de tabac était tel qu'il devenait véritablement nuisible à la santé, ce que le Dr D _____ a indirectement reconnu en évoquant des déficits cognitifs, dont il a indiqué qu'ils pouvaient être dus à des lésions cérébrales occasionnées par les toxiques, mais pouvaient aussi être le signe de l'inhibition de l'intellect par la dépression. Le Dr A _____ a exprimé l'avis qu'il n'est pas admissible de conclure à des atteintes cognitives organiques sur la seule base d'un examen de deux heures sans recourir à d'autres moyens (scanner des tissus cérébraux et examens neuro-psychologiques). Selon lui, le Dr D _____, en sa qualité de psychiatre, ne pouvait se reposer, pour émettre son diagnostic, que sur la parole de la patiente. Or, plus un psycho-traumatisme est grave, plus il est difficile à mettre en mots. Il était donc extraordinairement difficile pour la recourante de s'exprimer durant le court laps de temps qu'a duré l'examen. Le Dr A _____ a suggéré qu'une nouvelle expertise soit mise sur pied, qui serait confiée dans l'idéal au Dr E _____, lequel a déjà expertisé la compagne de la recourante et est donc sensibilisé à

la situation et plus apte à se prononcer sur l'interaction entre les deux femmes. Qui plus est, le Dr E_____ a rédigé un traité sur la psychiatrie de liaison qui fait autorité et ses compétences universitaires dépassent de loin celles du Dr D_____. Le témoin a également cité les noms des Drs F_____ (consultation ambulatoire, comportement et communication des IUPG) ou G_____, (service d'abus de substance des IUPG et consultation d'alcoologie, 5, route des Acacias). S'agissant de la capacité de la patiente à remplir ses tâches ménagères, le Dr A_____ l'a jugée très réduite et l'a évaluée à 25% au maximum. A son avis, dans le cas de la recourante, la question du diagnostic du syndrome de traumatisme extrême non spécifique peut se poser (DESNOS).

E. 29

Le Dr D_____ a été entendu à son tour par le Tribunal de céans le 24 janvier 2008. S'agissant des troubles de la personnalité observés, il a expliqué que s'il s'est fondé sur le chapitre 10 de la CIM 10 relatif aux séquelles de l'alcoolisme et non sur le chapitre 6 traitant des troubles de la personnalité présents depuis l'adolescence, c'est que la recourante a fait la preuve de ses performances et capacités, notamment en acquérant un diplôme et en assumant des activités professionnelles. Quant aux échelles mentionnées par le Dr A_____ (HAMILTON, BECK, MATRS), le Dr D_____ a indiqué qu'elles présentaient l'inconvénient de se baser à raison

N° de procédure - 10/26 - d'environ 2/3 sur les déclarations du patient, qui n'avaient pas à être mises en doute et bénéficiaient d'une sorte de véracité dans le cadre de la relation patient-médecin. C'était la raison pour laquelle il ne faisait volontairement pas appel à ces échelles en cas d'expertise et préférait recourir au test AMDP qui fait une sorte de photographie des symptômes sur la base de 115 items. Cependant, le Dr D_____ a souligné avoir relevé dans son expertise tous les critères permettant d'appliquer à posteriori l'échelle de HAMILTON. Le Dr D_____ a ajouté que depuis six mois environ, il avait recours à une échelle de ralentissement (D. WIDLOCHER) qui mesure ce dernier en se basant sur la mobilité corporelle et intellectuelle. S'il l'appliquait rétroactivement à la recourante en se basant sur les observations faites à l'époque, il obtenait un score de 15 sur 56, étant précisé que la frontière se trouve à 16 sur 56 pour conclure à un ralentissement significatif. Dans le cas de la recourante, il y avait donc un ralentissement moyen qui, à son avis, était séquentaire au problème d'alcool. Le Dr D_____ a expliqué que s'il ne s'était pas penché de manière approfondie sur les traumatismes passés de l'assurée, c'était à cause du fait qu'en tant qu'expert, il devait plus s'intéresser au fonctionnement du patient dans la réalité, à l'état dans lequel il se trouvait à ce moment-là. Il n'investiguait plus profondément que si la personne expertisée semblait à fleur de peau en évoquant certains événements passés, ce qui n'était pas le cas de la recourante. Cette dernière lui avait semblé avoir mis en place un processus d'ajustement, de réparation, par rapport à ces événements qu'elle avait évoqués de manière assez neutre. Ainsi, elle lui avait semblé maîtriser la relation avec sa mère en introduisant une certaine distance avec cette dernière. De la même manière, s'agissant du mensonge quant à ses origines, si cela avait pu certes être déstabilisant durant un certain temps, il lui avait semblé qu'il y avait eu une sorte d'intégration. S'agissant de l'état dépressif diagnostiqué par le Dr A_____, le Dr D_____ s'est étonné que ce dernier n'ait pas jugé utile de mettre en place de concilium psychiatrique ni de traitement antidépresseur, dès lors qu'il existe aujourd'hui une palette d'antidépresseurs tout-à-fait compatibles avec le traitement thyroïdien. Il s'est également étonné que le Dr A_____ n'ait pas adressé sa patiente à un spécialiste, ne serait-ce que pour un avis ponctuel.

Concernant les tâches ménagères, le Dr D_____ n'a pas relevé beaucoup de particularités. Il ressortait des explications de l'assurée qu'il y avait limitation du périmètre, certaines difficultés légères mais pas d'inhibition absolue. Le médecin a eu connaissance de l'enquête ménagère, qu'il a prise comme un fait. Pour le reste, il s'est basé sur ce que la recourante lui a dit sur son fonctionnement. L'entretien avec la recourante a duré deux heures et il n'a pas pris contact avec les médecins traitants car pour lui, la situation était claire.

N° de procédure - 11/26 -

E. 30

Le 24 janvier 2008, le Dr A_____ a adressé au Tribunal un courrier complétant ses déclarations à l'audience du 13 décembre 2007. Il a modifié le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique qu'il avait posé initialement et retenu celui de trouble développemental traumatique, soit un nouveau diagnostic, pas encore reconnu par la classification de l'OMS et la classification américaine, mais dont la fréquence est telle qu'il est, selon lui, probablement le premier problème de santé publique. Selon le Dr A_____, l'assurée souffre d'une multi-pathologie biopsychosociale chronique, évolutive, à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis le 26 septembre 1997 ainsi que d'une incapacité supérieure à 75% à effectuer les tâches quotidiennes. La dépendance à l'alcool est secondaire au trouble de la personnalité et à la maladie dépressive grave ; elle entraîne avec la dépendance tabagique un syndrome psycho-organique déficitaire significatif qui altère les facultés cognitives. Aucune mesure de réadaptation n'est envisageable. L'accomplissement de tâches répétitives simples à temps partiel (25% ou 50%) n'est pas exigible.

E. 31

Le 12 février 2008, l'OCAI a communiqué au Tribunal un avis du SMR du 4 février 2008. Le SMR y fait valoir que le témoignage du Dr A_____ n'apporte aucun fait médical nouveau et qu'il est préférable de se référer à l'avis d'un spécialiste, le Dr A_____ n'étant pas psychiatre. Le SMR s'étonne à son tour que, compte tenu de l'évolution observée chez l'assurée, que le médecin traitant n'ait pas fait appel plus tôt à un spécialiste. Enfin, le SMR a relevé que le Dr A_____ se référerait à une approche biologique, psychologique et sociale, ce qui est normal pour un médecin traitant; il a rappelé que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ne sont toutefois pris en considération que les éléments somatiques et psychiques.

E. 32

Une copie de cette correspondance a été communiquée à la recourante pour information. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

1. Les questions de la compétence du Tribunal de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'arrêt incident du 5 juillet 2007, il n'y a pas lieu d'y revenir. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit

litigieux doit être examiné

N° de procédure - 12/26 - à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 24 juin 2004 (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4). On rappellera par ailleurs que les principes jurisprudentiels développés en matière de révision de rente, sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, demeurent applicables après l'introduction de la LPGA (ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). 3. a) Par la décision administrative litigieuse du 23 mars 2007, l'office intimé a supprimé la rente d'invalidité - soit concrètement la demi-rente octroyée depuis le 1er décembre 1999 - au motif que l'état de santé de la recourante s'était modifié, de même que ses répercussions sur la capacité de travail. Cette décision, qui constitue l'objet du litige, doit être lue dans le contexte de l'arrêt de renvoi du Tribunal de céans du 10 décembre 2003, entré en force. En effet, l'autorité de la chose jugée interdit de remettre en discussion, dans une nouvelle procédure, ce qui a été définitivement jugé. Objectivement l'autorité de la chose jugée est limitée à ce qui a fait l'objet du jugement, c'est-à-dire en principe à son seul dispositif. Toutefois, dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que la juridiction compétente qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (pour la procédure devant le Tribunal fédéral : ATF non publié I 711/04, consid. 1 et les références ; ATF non publié I 694/05 du 15 décembre 2006; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges MOOR, Berne 2005, n. 30.4 p. 448). Ce principe est applicable même en l'absence de texte et vaut aussi, par conséquent, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 241 consid. 2a et les références). b) A cet égard, il convient de rappeler que dans son précédent arrêt de renvoi, le Tribunal de céans avait critiqué le résultat de l'enquête économique, notamment le procédé de l'enquêtrice visant à déterminer rétroactivement les empêchements dans la tenue du ménage pendant la période entre septembre 1997 et septembre 1999, sur la base des seules déclarations de la recourante. Il avait surtout estimé que l'enquêtrice ne pouvait pas conclure, contre l'avis du médecin-traitant et celui de l'entourage, que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail presque entière dans l'accomplissement des tâches ménagères. Ce procédé était d'autant plus critiquable qu'une enquête économique ne constituait pas le moyen le plus approprié pour évaluer les empêchements dans la tenue du ménage pour une personne atteinte de troubles psychiques, les appréciations médicales ayant plus de poids dans ce contexte. Le Tribunal de céans a ainsi jugé que l'OCAI n'aurait pas dû se fonder sur l'enquête économique sur le ménage du 4 janvier 2000 pour retenir un degré d'invalidité de 65% à partir du 1er décembre 1999, et réduire la rente en conséquence, mais qu'il aurait bien plutôt dû mettre sur pied une expertise

N° de procédure - 13/26 - psychiatrique, d'ailleurs recommandée par son médecin-conseil, pour évaluer précisément l'état de santé de la recourante et son incidence sur sa capacité de travail tant dans la sphère professionnelle que ménagère. c) Certes, le Tribunal de céans n'a pas formellement annulé les décisions de l'OCAI du 23 novembre 2000 et n'a pas précisé dans son dispositif si l'admission du recours concernait exclusivement la réduction de la rente entière dès le 1er décembre 1999 ou également l'octroi de celle-ci dès le 1er septembre 1998 ; il découle toutefois des considérants de cet arrêt que l'octroi même de la

rente entière n'était pas remis en question, au vu de l'ensemble des pièces du dossier et de l'avis du médecin-conseil de l'OCAI. Cette interprétation de l'arrêt est d'ailleurs partagée par l'OCAI qui, le 10 juin 2005, a fait parvenir à l'assurée un décompte de prestations portant précisément sur le versement de la rente entière pour la période du 1er septembre 1998 au 30 novembre 1999 et qui, dans un courrier du 19 août 2005, a souligné que la décision contre laquelle un recours avait été formé devant le Tribunal cantonal des assurances concernait la période postérieure au 1er décembre 1999, pour laquelle un degré d'invalidité de 65% avait été reconnu. Dans ces conditions, l'octroi de la rente entière ne saurait plus être remis en question à ce stade de la procédure, ce d'autant plus que cette décision avait été prise en pleine connaissance de cause par l'OCAI, sur avis de son médecin-conseil psychiatre, qui avait jugé que les éléments rapportés par le médecin traitant étaient suffisants et que des investigations supplémentaires n'étaient dans un premier temps pas nécessaires. Cette décision n'apparaît d'ailleurs pas manifestement erronée, vu les nombreux problèmes auxquels avait été confrontée la recourante à l'époque et qui constituaient autant d'éléments de charge psychique susceptibles de conduire à une dépression invalidante. En d'autres termes, compte tenu de l'arrêt du 10 décembre 2003 du Tribunal de céans et de la situation en fait et en droit prévalant à l'époque, l'octroi de la rente entière paraît admissible et n'est contredit par aucune pièce médicale subséquente. d) Ainsi qu'il vient d'être exposé, il n'est en l'espèce plus contesté que la recourante ait pu prétendre une rente entière du 1er septembre 1998 au 30 novembre 1999. Demeurent en revanche litigieuses non seulement la suppression de la rente par décision du 23 mars 2007 mais également la réduction de celle-ci à partir du 1er décembre 1999. Dans la mesure en effet où cette réduction avait été mise en cause par le Tribunal de céans dans son précédent arrêt, il conviendra d'élucider à partir de quand, le cas échéant, l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière à influencer son droit à la rente entière (cf. courrier de l'OCAI du 19 août 2005). En effet, d'après les art. 41 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et 17 LPGA (applicable à compter du 1er janvier 2003), 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.

N° de procédure - 14/26 - 4. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 et les références). 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (ATF non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2). On ajoutera qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). 5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261, 115 V 133 consid. 2 p. 134, 114 V 310 consid. 3c p. 314, 105 V 156 consid. 1 p. 158). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative: art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances: art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. b) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt

N° de procédure - 15/26 - qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Lorsque, 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 p. 353). c) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). d) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294). Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la

santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

N° de procédure - 16/26 - que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine). e) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement additif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). f) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de

la préexistence d'un trouble indépendant (cf. ATF non publié du 15 avril 2008, 9C_395/2007, consid. 2.2 et les références).

N° de procédure - 17/26 - 6. a) En l'espèce, il s'agit de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait au moment où elle a été mise au bénéfice d'une rente entière (1er septembre 1998) avec celle qui prévalait au moment où le droit à la rente a été réduit (décisions du 23 novembre 2000), puis supprimé (décision du 23 mars 2007). b) Dans son rapport du 22 mars 1999, le Dr A_____ avait retenu un état dépressif majeur prolongé qui durait depuis plus de deux ans. Il avait fait état d'une conflictualité persistante entre la recourante et sa mère, ainsi que d'une charge importante dans la relation qu'elle entretenait avec sa compagne, elle-même avec des tendances dépressives. Il avait également évoqué une codépendance avec un père alcoolique, qui venait de décéder (avril 1998) et qui lui avait révélé, peu avant son décès qu'il n'était pas son père biologique. A l'époque, la recourante était de plus confrontée à un déchaussement dentaire généralisé. Le Dr B_____, psychiatre et médecin-conseil de l'OCAI, avait d'ailleurs admis la présence d'un état dépressif invalidant pouvant toutefois évoluer rapidement. Quant à l'enquêtrice de l'OCAI, elle avait relevé que la recourante, suite à de nombreux problèmes personnels, avait complètement craqué psychologiquement entre septembre 1997 et septembre 1999. c) Le Dr D_____ a signalé dans son rapport du 23 mars 2005 qu'au moment de son examen, toutes les observations permettaient d'écarter la présence d'un état dépressif au sens clinique du terme, cette conclusion étant corroborée par les dires personnels de la recourante (expertise, p. 18). Il observait que la recourante n'avait aucune demande de suivi psychiatrique et que depuis plusieurs mois, elle ne prenait plus d'antidépresseurs - dont l'efficacité n'avait d'ailleurs pas été démontrée. Bien au contraire, elle se comportait de manière tonique, agressive sous-jacente et malgré tout active dans un certain nombre de registres de son quotidien. La relation sentimentale avec sa compagne se trouvait dans un rythme de croisière avec un arrangement plutôt satisfaisant entre distance et proximité et le départ de la fille de celle-ci n'avait pas posé de problème majeur, la recourante ayant trouvé là-aussi un bon compromis entre distance et proximité. Il en allait de même de la relation avec sa mère, qui avait été une source de souffrance par le passé, mais avec laquelle elle entretenait désormais un contact qui n'était pas pesant. En audience, l'expert a encore précisé que s'agissant du mensonge quant à ses origines - que la recourante avait appris peu de temps avant le décès de son père, - si cela avait pu être déstabilisant pendant un certain temps, il lui semblait qu'il y avait eu une sorte d'intégration. d) Le Dr D_____ a en revanche retenu que la recourante présentait un tableau psychopathologique avec de subtils mais réels troubles cognitifs qu'il a mis en relation avec la problématique de l'alcool, la dépendance étant présente depuis de nombreuses années, le père et la compagne de la recourante étant eux-mêmes alcooliques. La problématique de l'alcool avait non seulement conduit à un problème de dépendance, mais également à une légère atteinte de ses fonctions

N° de procédure - 18/26 - cognitives, soit un certain ralentissement dans les réflexions et la démarche en général. Il a constaté par ailleurs un vieillissement physique précoce, une sorte de déclin des capacités intellectuelles, physiques, émotionnelles et cognitives, contrastant fortement avec les aptitudes au débit de la vie adulte. Il a diagnostiqué un syndrome de dépendance (F 10.25 CIM-10), des troubles résiduels de survenue tardive sous forme de troubles de la personnalité et du comportement (F 10.71 CIM-10) ainsi que de déficit cognitif persistant (F 10.74, CIM-10) et des troubles de la personnalité dépendante (F 60.7, CIM-10), ces affections empêchant l'exercice de l'ancienne activité de styliste de même

qu'une activité d'employée postale avec certaines responsabilités. En revanche, l'assurée possédait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dans une fonction exécutante et dans des travaux simples. Dans la sphère ménagère, la capacité paraissait pratiquement entière. 7. a) Ainsi, selon l'expert, la capacité de travail de la recourante n'est pas entière, dès lors que celle-ci présente des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation prolongée d'alcool depuis plusieurs années. Le Tribunal de céans observe à ce sujet que des troubles liés à la consommation d'alcool étaient déjà présents en 2000, lors de la décision initiale, mais qu'ils n'avaient à cette époque pas d'influence propre sur le degré d'invalidité, dans la mesure où l'état dépressif justifiait à lui seul l'octroi de la rente entière. b) En l'espèce, les rapports médicaux versés au dossier, notamment ceux du médecin traitant sont riches de renseignements en relation avec la problématique d'alcool. Les données anamnésiques laissent apparaître que la recourante a été confrontée très tôt à l'alcoolisme de son père, avec lequel elle entretenait une relation très intense. Après un bref mariage en 1980 avec un collègue styliste, elle s'est engagée, quelques années plus tard, dans une relation homosexuelle avec une compagne alcoolique et dépressive et mère d'une fille issue d'une relation avec un toxicomane. Cette relation a été d'ailleurs mal acceptée par sa mère, avec laquelle la recourante s'est trouvée en conflit de loyauté. Peu de temps avant le décès de son père, en 1998, la recourante a d'ailleurs appris que celui-ci n'était pas son père biologique, ce qui a davantage aggravé la relation avec la mère. Ces événements de vie averses ainsi que le contact avec un milieu alcoolique ont encouragé la consommation d'alcool. Pendant de très nombreuses années, la recourante a été confrontée à d'importantes charges psychosociales, notamment le contact avec un père et une compagne alcooliques, qui ont accentué sa tendance à boire et conduit à une nette dépendance. c) Ces facteurs ont contribué au développement des troubles liés à la consommation d'alcool mais n'apparaissent pas constitutifs d'un diagnostic psychiatrique. En effet, si le Dr D _____ a admis que la recourante présente quelques tendances dysthymiques et anxieuses, ainsi qu'une personnalité immature et narcissique, il a jugé que ces éléments jouent un rôle secondaire dans l'ensemble

N° de procédure - 19/26 - de la problématique. De plus, il a exclu l'existence de troubles de la personnalité présents depuis l'adolescence, dès lors que la recourante a fait la preuve dans sa jeunesse de ses performances et de ses capacités en obtenant un diplôme et en assumant des activités professionnelles (cf. PV d'enquêtes du 24 janvier 2008). L'alcoolisme ne semble ainsi pas résulter d'une atteinte à la santé psychique et mentale ayant valeur de maladie. d) En revanche, la recourante endure des limitations psychiques et mentales. L'expert a relevé à ce sujet que la problématique de l'alcool a conduit à une légère atteinte des fonctions cognitives et à un certain ralentissement dans les réflexions et dans la démarche en général (expertise, p. 16). Il a également constaté une transformation de la personnalité qui, sous une façade encore présentable et fonctionnelle, révèle un fonctionnement défensif, caractériel et par moments aussi infantile. Outre un vieillissement physique précoce, l'expert a retenu une « sorte de déclin des capacités intellectuelles, physiques, émotionnelles et cognitives » (expertise, p. 16). Il a notamment diagnostiqué des troubles résiduels de survenue tardive, sous forme de troubles résiduels de la personnalité et du comportement et de déficit cognitif persistant, caractérisé par un ralentissement global (cf. expertise pp. 19 ss). En réponse au médecin-conseil de l'OCAI, il a précisé qu'il s'agissait de conséquences plutôt graves et a qualifié les troubles résiduels d'immuables, le déficit cognitif persistant étant une atteinte structurelle au niveau cérébral qui, par définition, entre dans un registre de gravité (courrier du Dr D _____ du 26 mai 2005).

Force est ainsi de constater que l'alcoolisme de longue date présenté par la recourante, attesté également par le médecin traitant, a provoqué selon l'expert des troubles irréversibles affectant la capacité de travail. e) Selon l'expert, ces troubles causés par l'alcoolisme prolongé, sont à l'origine d'une incapacité totale dans l'ancienne activité de styliste ou d'employée postale avec certaines responsabilités. En revanche, l'assurée conserve une capacité de 50% dans une fonction d'exécutante et dans des travaux simples. Quant à la tenue du ménage, l'expert n'a pas constaté de particularités et a retenu que la capacité dans ce domaine était pratiquement entière. 8. a) La recourante ne saurait valablement opposer aux conclusions de l'expert l'avis de son médecin traitant selon lequel elle présenterait toujours un état dépressif sévère ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (rapports des 24 août et 2 septembre 2004) et souffrirait également d'un syndrome de stress post-traumatique (rapports des 23 janvier et 11 avril 2007), voire d'un trouble développemental traumatique dans le contexte d'une multipathologie biopsychosociale chronique et évolutive (courrier du Dr A _____ du 24 janvier 2008), l'alcoolisme étant en revanche secondaire au trouble de la personnalité et à la dépression. Le Dr A _____ a notamment considéré que l'expertise du Dr D _____ présentait des lacunes importantes dans la mesure où il n'avait pas évalué la patiente du point de vue de son alcool-dépendance sur l'échelle de

N° de procédure - 20/26 - MAST ni évalué sa dépression sur les échelles de HAMILTON et de BECK, ni procédé à aucun questionnaire psycho-traumatique. Il a par ailleurs estimé que la capacité de travail dans la sphère lucrative était nulle et dans la tenue du ménage de 25%.

b) Le Tribunal de céans observe que le rapport du Dr D _____ a été rendu au terme d'une étude complète de l'ensemble du dossier médical et à la suite d'un examen personnel de l'assurée d'environ deux heures ; il prend en compte les plaintes exprimées et contient un résumé des constatations cliniques selon le système AMDP (de l'Association internationale pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie). De plus, pour écarter le diagnostic de dépression, l'expert a examiné l'ensemble des critères posés par la CIM-10, se référant ainsi à un système de classification reconnu. En ce qui concerne par exemple les conflits de loyauté évoqués par le médecin traitant, l'expert a exposé que la recourante avait trouvé un équilibre dans sa relation avec sa mère et sa compagne et intégré le traumatisme qu'avait pu provoquer la découverte de ses origines. L'expert n'a pas non plus jugé la recourante comme une personne profondément triste, sans énergie, sans espoir pour l'avenir et avec des idées suicidaires (comme l'allègue le Dr A _____), mais a au contraire observé une personne tonique, sans tristesse marquée ou continue, et ne présentant ni idées suicidaires ou des sentiments de culpabilité. En audience, l'expert a encore expliqué pour quelle raison il n'avait pas utilisé les échelles évoquées par le médecin traitant (BECK, HAMILTON, etc.), qui présentaient selon lui l'inconvénient de se fonder à raison de 2/3 sur les déclarations du patient. C'est la raison pour laquelle il a eu recours au test AMDP, qui fait une sorte de photographie des symptômes. 9. a) Selon la jurisprudence, 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 p. 352) 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 p. 175; arrêts I 676/05 du 13 mars 2006 consid. 2.4, I 783/05 du 18 avril 2006 consid. 2.2, U 58/06 du 2 août 2006 consid. 2.2, I 835/05 du 29 août 2006

consid. 3.2, I 879/05 du 27 septembre 2006 consid. 3.3, I 633/06 du 7 novembre 2006 consid. 3, I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4), 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 cause les conclusions de l'expert.

N° de procédure - 21/26 - b) Le Tribunal considère que l'expertise du Dr D_____, complétée par les explications fournies en audience, répond en tous points aux critères formels retenus par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical (cf. ATF non publié du 30 juillet 2003, I 654/02, consid. 4.2 ; ATF 125 V 352 consid. 3a et 353 sv. consid. 3b/bb). Elle revêt donc une valeur probante certaine que les critiques adressées par le médecin traitant, qui au demeurant n'est pas psychiatre, ne sont pas susceptibles de mettre en doute. On rappellera à cet égard que le médecin traitant est, selon l'expérience, enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc), ce qui paraît particulièrement vrai dans le cas d'espèce, compte tenu du fait que l'assurée n'est apparemment suivie que par le Dr A_____ depuis de nombreuses années. En l'espèce, l'expert a clairement exposé pour quelle raison il écartait le diagnostic de dépression ainsi que la présence de troubles de la personnalité depuis l'adolescence et pour quelle raison il retenait en revanche la présence de troubles irréversibles causés par la consommation prolongée d'alcool. Les critiques du médecin traitant sont d'autant moins susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'expertise que celui-ci, énumère un nombre très important de diagnostics psychiatriques, (dépression, trouble bipolaire de type II, personnalité labile de type borderline, syndrome de stress post-traumatique complexe, trouble développemental traumatique, ou multipathologie biopsychosociale chronique), sans toutefois, au cours des nombreux années pendant lesquels il soigne sa patiente, avoir jamais jugé nécessaire de solliciter l'avis - ne saurait-ce que ponctuel - d'un confrère psychiatre. Le médecin traitant, qui soigne aussi la compagne de la recourante et sa fille, apparaît d'ailleurs très investi dans la problématique de cette famille et dans son mandat thérapeutique, ce qui est de nature à faire douter de sa capacité d'évaluer objectivement la situation. La mise en œuvre d'une expertise complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire. Or, une partie ne saurait requérir d'autres mesures d'instruction médicale au seul motif qu'un avis médical supplémentaire pourrait aboutir à une appréciation différente. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique devrait être rejetée également de ce point de vue (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). c) En résumé, l'état dépressif invalidant, réactionnel à des événements de vie adverse (mensonge sur l'identité de son père, décès du père, perte généralisée des dents, rapports interpersonnels difficiles avec la mère et la compagne, conflits de loyauté), retenu par le médecin traitant et par le psychiatre conseil de l'OCAI en 1999, a évolué au point qu'en 2005 ce diagnostic n'était plus pertinent. Dans ces

N° de procédure - 22/26 - conditions, force est de conclure, à l'instar des médecins du SMR (cf. avis médicaux du Dr C_____ des 25 avril et 28 juin 2005), que depuis l'octroi de

la rente entière, l'état de santé de la recourante s'est modifié de même que ses répercussions sur la capacité de travail. En effet, la cause de l'incapacité de travail entière dans toute activité lucrative ainsi que dans la sphère ménagère, à savoir la dépression, a disparu, sans pour autant que la capacité de travail de la recourante soit devenue entière, dès lors que l'alcoolisme, déjà présent à l'époque, a provoqué des séquelles irréversibles partiellement invalidantes. Cela étant, la capacité de travail de la recourante s'est trouvée améliorée. En effet, la recourante présentait au moment de l'expertise une capacité de travail de 50% dans la sphère lucrative et entière dans la tenue du ménage. 10. a) Il convient à ce stade de déterminer le taux d'invalidité. b) L'emploi de la méthode mixte pour évaluer le degré d'invalidité de la recourante, qui travaillait à temps partiel avant de tomber malade, est pertinent et n'est du reste à juste titre pas remis en cause. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). c) Selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment; les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent également être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap.

N° de procédure - 23/26 - L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; SVR 2006 IV n° 42 p. 151 [arrêt E. du 13 décembre 2005, I 156/04]; arrêt non publié B. du 19 mai 1993, I 417/92). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 30 consid. 1). d) Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeur exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique

réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). 11. En l'espèce, l'OCAI a déterminé le degré d'invalidité au moyen d'une comparaison en pour-cent, en tenant ainsi implicitement compte de l'ancienne activité exercée par la recourante. Or, cela n'est pas correct, dans la mesure où la reprise de l'ancienne activité n'est précisément pas exigible, compte tenu de la pathologie et des limitations rencontrées par la recourante. En effet, avant l'arrêt de travail en 1997, la recourante travaillait comme assistante d'exploitation au guichet de la poste. Elle avait suivi des cours qui lui avaient permis de devenir « tournante » et de s'occuper de la caisse, des chèques, des sacs, la pile de tri et d'autres travaux. Or, comme le relève l'expert, la capacité résiduelle de travail de 50% est uniquement applicable dans une fonction d'exécutante et dans des travaux simples, ce qui implique que l'assurée ne pourra plus exercer ni la profession de styliste, ni celle d'employée postale avec certaines responsabilités (expertise, p. 20). 12. a) Pour effectuer la comparaison des revenus, il convient, selon la jurisprudence, de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité étant par ailleurs déterminés par rapport au même moment (ATF 129 V 223 consid. 4.2). Si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI en relation avec l'art. 41 LAI; cf. ATF 125 V 417 consid. 2d; VSI 2001 p. 275 consid. 1a et les références). Partant, la comparaison doit se faire au regard de la situation prévalant en 2005 (art.

N° de procédure - 24/26 - 88a al. 1 RAI; ATF 129 V 222), la modification de la rente ne pouvant intervenir que trois mois après l'expertise du mois de mars 2005, l'épisode dépressif invalidant ayant disparu au plus tard à cette date. b) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur du 8 octobre 1998 que le salaire de la recourante aurait été de 46'124 fr. en 1998, soit 51'436.60 fr. en 2005, après indexation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes (+ 0.7% en 1999, + 1.6% en 2000, + 2.5% en 2001, + 2.3% en 2002, + 1.7% en 2003, + 1.1% en 2004 et + 1.1% en 2005 ; Évolution des salaires en 2005, p. 35, tableau T1.39). c) S'agissant du revenu d'invalidé, il est déterminé en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé ou, à défaut de revenu effectivement réalisé comme en l'espèce, en fonction des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 s.). En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2004, 3'893 fr. par mois ou annuellement 46'716 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 [ESS], TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41.6 heures, La Vie économique, 7-8-2007, p. 90, B9.2), et que le revenu statistique de 2004 doit être adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes pour l'année 2005 (+ 1.1%; Évolution des salaires 2005, T1.39, p. 35), ce montant doit être porté à 49'237 fr. 10 fr. (46'716 fr. + 1.1% = 47'229.90 fr. x 41.7 : 40). Dans le cas présent, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50%, de sorte que ce salaire statistique doit être réduit en conséquence (49'237 fr. 10 x 50%) et

s'élève à 24'618 fr. 55. La recourante avait, au moment déterminant pour le calcul, 55 ans. Elle n'avait plus travaillé depuis huit ans et ses atteintes à la santé psychique ne lui permettent qu'une activité d'exécutante, dans des travaux simples et à temps partiel ; une réduction de 25% sur le salaire statistique apparaît ainsi appropriée. Il en résulte un revenu d'invalidé de 18'464 fr. Le degré d'invalidité dans la sphère lucrative s'élève ainsi à 64.10% (51'436 fr. 60 - 18'464 fr. x 100 : 51'436 fr. 60). d) S'agissant de la capacité d'exécuter les travaux habituels, le degré d'empêchement est de 0% (rapport du Dr D_____ du 12 mars 2005), les conclusions de l'expert à cet égard rejoignant en substance celles de l'enquête économique de janvier 2000, que la recourante n'a pas concrètement remises en cause. Quant à la clé de répartition entre les activités lucrative et ménagère, il y a lieu de constater que la recourante travaillait à raison de 26h50 par semaine pour un horaire de travail normal dans l'entreprise de 42h (questionnaire pour l'employeur du 8 octobre 1998), soit à un taux d'activité de 64%, le reste du temps, soit 36%, étant consacré aux travaux habituels. Le taux d'invalidité global est ainsi de 41%

N° de procédure - 25/26 - ($[64.1\% \times 0.64] + [0\% \times 0.36] = \%$), ce qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). 13. Au vu de ce qui précède, il apparaît que le droit de la recourante à une rente entière a perduré au-delà du 1er décembre 1999. En effet, ainsi que l'a relevé le Tribunal de céans dans son arrêt du 10 décembre 2003, le rapport d'enquête sur le ménage laissait penser que si l'enquêtrice avait analysé la situation sans prendre pour point de départ la situation passée, elle aurait pu aboutir à un degré d'empêchement supérieur. Au surplus, le degré d'empêchement retenu, de 5%, paraissait incompatible avec l'épisode dépressif sévère dont souffrait alors encore l'assurée. Or l'impact de cette évaluation était d'autant plus important que le résultat obtenu était proche de celui ouvrant le droit à une rente entière (65% au lieu de 66.6%). Si par la suite, l'état de l'assurée s'est amélioré, ainsi que cela a pu être établi par l'expertise du 12 mars 2005, l'expert n'a pu indiquer a posteriori à partir de quand. En conséquence, en l'absence d'éléments permettant d'établir avec un degré de vraisemblance prépondérante et une précision suffisante que la recourante aurait recouvré une capacité de travail antérieurement au moment de l'expertise, le droit à une rente entière doit lui être reconnu jusqu'au 30 juin 2005 et, au-delà, le droit à un quart de rente. 14. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 1'500 fr. à charge de l'intimé. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant désormais soumise à des frais de justice, un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé art. 69 al. 1 bis LAI ; ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

N° de procédure - 26/26 -

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