

## **GE\_GERICHTE A/1352/2008 vom 8. Juli 2009**

GE Cour de justice, 2009-07-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1352\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1352_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/1352/2008 du 8 juillet 2009

IT: GE\_GERICHTE A/1352/2008 del 8 luglio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.07.2009  
A/1352/2008

A/1352/2008 ATAS/890/2009 du 08.07.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 17.09.2009, rendu le 13.04.2010, ADMIS, 9C\_770/2009 En fait En droit Par ces motifs RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1352/2008 ATAS/890/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 8 juillet 2009 En la cause Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante), née au Portugal en 1963, a été engagée par la société X\_\_\_\_\_ S.A., du 1 er juin 1998 au 28 février 2001, en tant que monteuse en robinetterie. Son salaire s'élevait à 3'805 fr. par mois, plus un treizième salaire. La recourante a travaillé en premier lieu à temps partiel dans cette société, cinq heures par jours, cinq jours par semaine, soit 25 heures par semaine, alors que l'horaire de travail de l'entreprise était de huit heures par jours, cinq jours par semaine, soit 40 heures par semaine. Depuis le 5 septembre 2000, la recourante est au bénéfice des prestations d'une caisse-maladie, en raison d'une incapacité de travail de 100%. La recourante a été hospitalisée deux fois à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA, en raison d'un trouble dépressif. Lors de son premier séjour, du 18 septembre au 12 octobre 2000, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2, avec comme comorbidités, un trouble anxieux F41.9 et une surcharge pondérale ont été diagnostiqués. La deuxième fois, du 12 au 27 mars 2001, la clinique a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2, avec comme comorbidités, une fibromyalgie, ainsi qu'une obésité. La recourante a déposé, le 10 juillet 2001, une demande de prestations d'assurance invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), sollicitant un reclassement et une rente, en raison de fibromyalgie et d'un état dépressif. Dans un rapport médical du 27 juillet 2001, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie avec un état dépressif, présent depuis l'âge de 13 ans, accompagné d'idées suicidaires. La patiente était en incapacité de travail de 100% depuis le mois de septembre 2000. Dans un rapport médical du 8 octobre 2001, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et une fibromyalgie, tous deux présents depuis juillet 2000. Sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux et une obésité ont été diagnostiqués. L'incapacité de travail de la recourante a été évaluée à 100% depuis le 5 septembre 2000. Le 10 novembre 2001, le SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après SMR), a déclaré la

recourante incapable de travailler à 100% depuis le 5 septembre 2000 en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère. Par décision du 7 décembre 2001, l'OCAI a rejeté la demande tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, compte tenu de l'état de santé de la recourante. Par décision du 17 décembre 2001, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 100% et a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> septembre 2001. En juillet 2005, l'OCAI a engagé une procédure en révision. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 août 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état psychologique, sur constatations médicales, de la recourante s'était aggravé depuis 2001. Selon le praticien, une expertise psychiatrique serait nécessaire. Il n'envisage pas un retour au travail. Dans un rapport médical intermédiaire du 9 septembre 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire, avec un état dépressif sévère et des symptômes psychotiques, depuis septembre 2000. Il n'envisage pas non plus un retour au travail. Sur recommandation du SMR, l'OCAI a mandaté la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise médicale. Dans son rapport du 4 janvier 2007, l'experte rappelle l'historique médical des différents diagnostics depuis 2000. Une anamnèse complète sur le plan familial, personnel, scolaire, professionnel, affectif, social, des loisirs, civil, des habitudes, somatique, psychopathologique et asséurologique est effectuée, de même, qu'une analyse de l'évolution de la maladie de la recourante. Selon les constatations de la Dresse C\_\_\_\_\_, depuis fin 2001, la recourante n'a pas nécessité d'hospitalisation et la situation s'est stabilisée, puis progressivement améliorée. Les entretiens avec son psychiatre se sont espacés à des consultations mensuelles. Le traitement antidépresseur a été arrêté par la recourante puis ponctuellement repris, cette médication ayant un bon effet sur sa thymie. Un traitement de neuroleptique a été cessé peu de temps après son introduction. Depuis environ mi-2001, la recourante ne présente plus de symptômes psychotiques. Lorsque des conflits familiaux lui sont trop conséquents, la recourante part au Portugal, dans sa maison, pour se ressourcer. Depuis au moins 2003, la situation sur le plan psychique s'est améliorée et dès 2006, le trouble dépressif récurrent peut-être considéré en rémission. S'en suit une discussion sur les plaintes et les données subjectives de la recourante. L'expertise comprend aussi un status clinique complet. L'experte retient que la recourante se déplace facilement et n'a pas de difficulté à grimper les quatorze marches de l'escalier menant au cabinet. Elle s'assied et se relève normalement du siège après plus de trois heures d'entretien, sans manifester de douleur. Pendant l'entretien, le contact est perturbé, la recourante manque de distance. Elle présente un débit verbal accéléré et donne de nombreux détails, sans tenir compte de son interlocuteur. Elle est démonstrative, en partie séductrice et plaintive. La collaboration est bonne. Sont présentes une immaturité et une labilité affectives. La mimique et les gestes sont conservés. Pas de trace de fatigue objectivée. La thymie est labile avec passage de pleurs au rire. La recourante est à plusieurs reprises émue, lorsqu'elle évoque sa mère décédée. Elle relate des ruminations avec idées noires, ponctuellement une idéation suicidaire sans scénario. La concentration et la mémoire sont globalement dans les normes. Pas de symptôme physique et somatique mis en évidence. La recourante se place en position de dépendance et requiert un besoin d'étayage par autrui. La relation d'objet est mal différenciée, de type anaclitique (la perte de l'objet entraîne la dépression). Le seuil anxiogène est en partie abaissé avec des angoisses paranoïdes. Les défenses sont de l'ordre de l'idéalisation primitive, du déni et de la projection. Les capacités de mentalisation sont pauvres. La personnalité est histrionique, fruste et peu différenciée. Le tonus vital est conservé, sans perte d'initiative. Sa sociabilité est conservée. Pas de trouble formel de la

pensée, d'idée prévalente, d'obsession, de conduite compulsive ou de phobie mis en évidence. Pas d'élément compatible avec un état de stress post-traumatique ou un trouble affectif bipolaire mis en évidence. Pas d'élément floride de lignée psychotique objectivé. Hormis une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil secondaires aux douleurs, pas d'élément floride de la lignée dépressive objectivée. La Dresse C \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F 33.4, présent depuis environ septembre 2000. Sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4, présent depuis 2001, ainsi qu'une personnalité histrionique F 60.4, présente depuis qu'elle est jeune adulte, ont été diagnostiqués. L'expertise est conclue par une appréciation du cas et d'un pronostic. Sur le plan psychopathologique, dès l'âge de 9 ans, la recourante présente selon l'anamnèse, essentiellement des symptômes anxieux et non dépressifs. Dès 1997 environ, la recourante a présenté à nouveau des troubles anxieux motivant un suivi psychiatrique. De septembre 2000 à mars 2001, elle a été admise deux fois à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA pour des troubles dépressifs récurrents et fin 2001, elle a été hospitalisée dans l'Unité de psychiatrie hospitalière pour adulte (ci-après UPHA) des HUG. Depuis 2002, la recourante n'a plus été hospitalisée. La Venlafaxine, un traitement antidépresseur, permet une amélioration et une stabilisation de la thymie. Cependant, en raison de la personnalité histrionique de la recourante, cette dernière cesse ou diminue à plusieurs reprises sa médication antidépressive pour la reprendre lorsqu'elle constate que sa thymie s'altère. D'elle-même, la recourante a diminué les doses de Venlafaxine à 150 mg par jour au lieu de 300 mg prescrit par le Dr B \_\_\_\_\_. Le dosage sérique effectué pour l'expertise indique une concentration plasmique correcte. Lors de l'expertise, la thymie était neutre. La recourante était tonique, vive. Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, malgré les handicaps et douleurs invoqués par l'expertise, ceux-ci n'ont pas été mis en évidence durant l'expertise. La recourante est restée assise pendant plus de trois heures, parlant avec un débit accéléré et sans manifester aucun inconfort. Des discordances sont présentes entre les plaintes alléguées par la recourante et ce que l'experte objective. La vie sociale est maintenue, la recourante a des contacts avec sa famille élargie et des amies. Elle se rend régulièrement au Portugal (plusieurs fois par année), s'occupe entièrement de son ménage et dit apprécier le jardinage. Des bénéfices secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage, en particulier de la famille et évitement d'un rôle à jouer. Les divers traitements entrepris ont manifestement permis une diminution des algies. Selon l'expertise, l'incapacité de travail a été estimée, de septembre 2000 à fin 2002, à environ 70%, de 2003 à fin 2005, à environ 50% et depuis début 2006, à 25%, tout au plus, dans l'activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Dans l'activité de ménagère, la capacité de travail est entière. Dans un avis médical du 27 juillet 2007, le Dresse Sylvie MUNSCH, médecin conseil SMR, a considéré que la recourante est apte à travailler à 75% dans une activité correspondant à ses compétences professionnelles, sans aucune limitation sur le plan somatique. Dans une activité à 100%, la recourante aura une baisse de rendement n'excédant pas 25% sur le plan psychiatrique. Par projet de décision du 7 août 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité, au motif que selon la Dresse C \_\_\_\_\_, la capacité de travail est au minimum de 75% dans le type d'activité exercée auparavant et qu'aucun empêchement dans la tenue du ménage n'a été retenu. Dès lors que la recourante travaillait à 62,5% avant l'atteinte à la santé, elle ne subit plus aucune invalidité. Le 28 août 2007, la recourante a été admise en entrée ordinaire à la CLINIQUE DE BELLE-IDEE (ci-après Belle-Idee), en raison d'une péjoration thymique

marquée, avec des menaces suicidaires. Par courrier de son mandataire du 13 septembre 2007, la recourante a contesté ce projet de décision. Sur demande de l'OCAI, les HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG), département de psychiatrie, ont transmis, le 20 septembre 2007, le résumé du séjour de la recourante du 28 août au 17 septembre 2007. Le diagnostic principal est un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Une fibromyalgie a, de plus, été diagnostiquée. Le 25 février 2008, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'AI, a attesté, dans un mandat SMR, que la recourante a souffert d' "un état dépressif réactionnel évident au refus de prestation de l'OCAI". De plus "l'aggravation de l'état de santé s'est améliorée assez rapidement avec, probablement, un retour à l'état de santé antérieur." Par décision du 5 mars 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision et supprimé la rente de la recourante, en se basant sur l'expertise médicale du 4 janvier 2007 ainsi que le mandat SMR du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 février 2008. L'effet suspensif a été retiré. Par acte du 18 avril 2008, la recourante a demandé l'annulation de la décision litigieuse et le rétablissement de sa rente d'invalidité, son audition ainsi que celle du Dr B\_\_\_\_\_, sous suite de dépens. Elle relève que la décision de l'OCAI se fonde sur l'expertise du 4 avril 2007, retenant que le trouble dépressif récurrent était, à cette époque, en rémission. Or, depuis cette expertise, elle a été hospitalisée en urgence à la clinique de Belle-Idée du 28 août au 17 septembre 2007. Elle se plaint que le Dr D\_\_\_\_\_ se soit prononcé, sans l'examiner, sur le rapport d'hospitalisation du 20 septembre 2008 en indiquant qu'il s'agissait d'un simple état dépressif réactionnel suite au refus de prestation de l'OCAI. La recourante produit un résumé d'intervention du CENTRE DE THERAPIES BREVES (ci-après CTB) du 19 octobre 2007. S'agissant de trouble récurrent dépressif, elle fait valoir qu'il est normal que l'état de santé fluctue selon les périodes. En mars 2007, selon l'expert susmentionné, le trouble en question était en phase de rémission. Les documents postérieurs attestent toutefois d'une nouvelle aggravation de l'état de santé, raison pour laquelle l'audition du psychiatre traitant est sollicitée. L'état psychique de la recourante reste extrêmement fragile et si une amélioration est intervenue depuis l'octroi de la rente AI, il ne saurait selon ce médecin justifier la suppression de la rente. L'OCAI, dans sa réponse de 3 juillet 2008, a confirmé sa position. Selon celui-ci, l'expertise psychiatrique du 4 janvier 2007 a été menée conformément aux critères jurisprudentiels établis par notre Haute Cour. S'agissant de l'hospitalisation de la recourante à Belle-Idée, le SMR relève dans son avis du 24 juin 2008: "à la sortie du séjour hospitalier et avec le traitement, la recourante a retrouvé ses capacités et les troubles résiduels sont peu marqués (cf. status de sortie HUG du 19 octobre 2007). Il ne s'agit donc plus d'un trouble dépressif sévère durable (ce qui avait justifié l'octroi d'une rente en 2001). Le dernier épisode dépressif est manifestement en relation avec le projet de suppression de la rente. S'il n'y avait pas eu la suppression de la rente, il est fort probable que le dernier épisode dépressif ne se serait pas produit et le trouble serait resté en rémission." Le 3 septembre 2008, le Tribunal de céans a convoqué les parties dans le cadre d'une comparution personnelle, au cours de laquelle la recourante a indiqué ne pas avoir de capacité de travail, selon ses médecins psychiatres. Celle-ci, de plus, confirme avoir été malade à l'âge de 13-14 ans et depuis lors régulièrement hospitalisée pour des problèmes psychiatriques. La recourante a contesté les conclusions de l'expertise du 4 janvier 2007. Elle rappelle qu'un trouble de la personnalité avait été évoqué par le CTB en 2007. Dans un autre rapport du CTB du 28 août 2008, les psychiatres ont posé comme diagnostic principal une personnalité émotionnellement labile type borderline. Dans les autres diagnostics, les médecins ont mentionné des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de

sédatifs, syndrome de dépendance. Pour finir, la recourante explique ses difficultés au quotidien pour par exemple, faire les courses, les repas ou encore les tâches ménagères. Elle se plaint aussi de problèmes de fatigue. Son mari et ses enfants l'aident à préparer les repas, à passer l'aspirateur ou encore à repasser. Le 24 septembre 2008, l'OCAI a persisté dans sa position, et transmis l'avis SMR du 16 septembre 2008 portant sur le rapport CTB du 28 août 2008. Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante souffrait d'un trouble dépressif moyen sans symptômes psychotiques, ce qui correspond à une amélioration notable de l'état de santé par rapport à 2001 où le diagnostic retenu pour accorder la rente était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique. Par courrier du 23 octobre 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que si l'on diagnostique un jour un trouble dépressif récurrent sévère, un autre jour, un trouble dépressif en rémission et enfin un trouble dépressif récurrent moyen, il semble difficile de pouvoir conclure à une guérison totale. Par pli du 13 janvier 2009, l'OCAI a transmis un nouvel avis du SMR, concluant que le trouble dépressif est de nature réactionnelle, suite à la suppression de la rente. Ce document a été communiqué à la recourante le 15 janvier 2009. Par courrier du 20 avril 2009, le Tribunal de céans a demandé à l'ancien employeur de la recourante, X\_\_\_\_\_ S.A, de préciser quel était le taux d'activité de la recourante au sein de son entreprise en 1999 et 2000. Par courrier du 20 mai 2009, la recourante a confirmé avoir travaillé à 100%, depuis le 1 er juin 1998. Le salaire était de 3'500 fr., porté à 3'555 fr. dès le 1 er janvier 1999, auxquels s'ajoutent une prime de rendement, ainsi qu'un treizième salaire. Par courrier du 18 mai 2009, X\_\_\_\_\_ S.A a indiqué que la recourante avait un contrat de travail à 100%. Dans ses observations du 5 juin 2009, l'OCAI admet un taux d'invalidité de 30%. Il a détaillé le calcul du degré d'invalidité de la recourante : il y a lieu de se baser sur L'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2000, TA1, pour une femme, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 4). En actualisant le montant au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux de 2001, l'on obtenait un montant de 47'023 fr. pour une activité à 100%, et de 35'268 fr. après diminution de rendement constatée de 25%. Quant au revenu sans invalidité, la recourante aurait très certainement poursuivi son activité habituelle auprès de X\_\_\_\_\_ S.A. Elle gagnait, en 2000, 3'805 fr. par mois, avec un treizième salaire, ce qui donne 49'465 fr annuel. Actualisé en 2001 au moyen de l'ISS, le salaire annuel global est de 50'707 fr. La perte de gain subie est donc de 15'439 fr., ce qui donne un degré d'invalidité de 30,4%, selon l'OCAI. L'OCAI indique que la recourante présente une capacité de travail de 75% dans l'activité exercée auparavant et qu'une mesure de réadaptation professionnelle serait donc disproportionnée, en ce sens qu'elle ne serait pas de nature à améliorer sa capacité de gain. En tout état de cause, l'OCAI relève que la décision litigieuse ne porte que sur le droit à la rente, de sorte que l'examen de l'octroi de mesures de réadaptation est sans objet. Après transmission de ce courrier à la recourante, la cause a été gardée à juger le 11 juin 2009. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF

130 V 229 consid. 1.1 et les références). Le présent litige est donc soumis à la LPGA, la procédure de révision ayant été initiée en février 2005. Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si la suppression de la rente d'invalidité par voie de révision du 5 mars 2008 est fondée. L'OCAI considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon à modifier son droit à la rente, la recourante allègue, au minimum, une stagnation de son état. Selon 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). Pour savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. En l'espèce, il va falloir analyser si l'état de santé a évolué entre le 17 décembre 2001, date de l'octroi de la rente entière et le 5 mars 2008, date de la suppression de la dite rente. Pour

rendre sa décision du 17 décembre 2001, l'OCAI s'était fondé sur les rapports médicaux des Dr A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ des 27 juillet et 8 octobre 2001, qui concluaient à une incapacité de travail totale de toute activité, en raison d'un trouble psychiatrique sévère. Pour la deuxième décision, l'OCAI s'est basé sur l'expertise du 4 janvier 2007. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). De même, 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). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). a) En l'espèce, l'expertise psychiatrique du 4 janvier 2007 est extrêmement complète. Elle prend en compte tous les aspects de la personnalité de la recourante, de ses pensées à ses actes au quotidien. Les plaintes de cette dernière ont aussi été prises en compte. Le rapport comprend un historique médical de la recourante qui montre que la dernière hospitalisation remonte à 2001. Les éléments de l'anamnèse sont détaillés. La recourante a plusieurs loisirs dont le crochet, le jardinage ou encore les films à la télévision. Ses relations avec son mari

et ses enfants se passent très bien Elle se rend plusieurs fois par année au Portugal où elle possède une maison. La recourante se plaint parfois d'avoir des idées noires, en particulier depuis le décès, en 2002, de sa mère, qui l'a beaucoup affectée. Le status clinique décrit la recourante comme une femme volubile qui n'a pas de difficulté à communiquer, mais avec des passages de pleurs quand elle évoque par exemple le décès de sa mère. L'expertise met en avant que depuis 2001, la recourante n'a plus été hospitalisée, que depuis au moins 2003 le trouble psychique s'est amélioré, et que dès 2006, le trouble récurrent peut être considéré en rémission. Depuis 2002, le recourante décide elle-même du dosage de ses antidépresseurs, ne respectant pas les prescriptions du Dr B \_\_\_\_\_. Le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, est un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4, présent depuis environ septembre 2000 et sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4, présent depuis 2001, ainsi qu'une personnalité histrionique F 60.4, présent depuis que la recourante est une jeune adulte. La Dresse C \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 70% de septembre 2000 à fin 2002, de 50% entre 2003 et fin 2005 et de tout au plus 25% depuis 2006. Certes, le Dr B \_\_\_\_\_, dans son courrier du 23 octobre 2008, indique qu'il est difficile de conclure à une guérison complète de la recourante, car il ne faut pas confondre un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Cela ne remet toutefois pas en cause les conclusions de l'expert. Il est probable que l'état de santé de la recourante fluctue, notamment en raison de la mauvaise compliance de celle-ci. Il n'est donc pas possible de donner une valeur probante à ce courrier. La recourante produit deux résumés d'intervention du CTB. Il est aussi impossible de donner une pleine valeur probante à ces documents, car ils se fondent sur un épisode précis de la maladie de la recourante et non pas sur la totalité de sa dépression. Pour être le plus précis possible, il convient de prendre la maladie dans son ensemble pour voir, entre autres, son évolution et ses chances de guérison. La pose d'un diagnostic ponctuellement ne permet pas de tirer des conclusions autres que ponctuelles, or on l'a vu, l'état de santé de la recourante est susceptible de fluctuations. b) L'expertise met aussi en évidence que depuis début 2002, la recourante n'a plus été hospitalisée ainsi qu'une mauvaise compliance de sa part, car elle gère elle-même ses dosages d'antidépresseur. La recourante diminue ou cesse de prendre ses médicaments et les reprend lorsqu'elle constate que sa thymie s'altère. Cette mauvaise compliance explique, tout d'abord, en grande partie pourquoi la recourante a du être hospitalisée le 28 août 2007, trois semaines après la notification du projet de décision de suppression de la rente. En effet, en réduisant ou en supprimant la prise d'antidépresseurs, la recourante est plus sensible, voire "vulnérable" aux mauvaises nouvelles. Pour le surplus, les conclusions de la Dresse C \_\_\_\_\_ sont claires et bien motivées. La valeur probante de cette expertise est donc bien confirmée. D'ailleurs, le Dr D \_\_\_\_\_ relève, dans son avis médical du 24 juin 2008 se basant sur l'expertise médicale, que la recourante est fragile psychologiquement et qu'elle réagit en cas de difficultés par un trouble dépressif qui peut être sévère. Le dernier épisode dépressif est manifestement en relation avec le projet de suppression de rente, ce qui entraîne une perte financière et du statut d'invalidé, statut qui peut avoir un rôle particulier et "utile" au sein de la famille où il semble exister certaines difficultés (la recourante a "le sentiment d'être parfois incomprise dans sa famille"). Selon lui, s'il n'y avait pas eu la suppression de la rente, il est fort probable que le dernier épisode dépressif ne se serait pas produit et le trouble dépressif serait resté en rémission. Les HUG confirment, dans un résumé d'intervention CTB, aussi l'amélioration de la thymie de la recourante. L'évolution de sa santé est globalement

favorable, même si partielle et très progressive. Tous ces éléments renforcent la valeur probante de l'expertise médicale du 4 janvier 2007. c) Par conséquent, il convient d'admettre qu'il y a bien une amélioration de l'état de santé de la recourante car elle est passée d'un trouble dépressif sévère durable à un trouble dépressif récurrent en rémission. En suivant son traitement, sur la durée, la recourante subit une incapacité de travail de 25%, tout au plus, depuis début 2006. Selon l'expertise, la recourante souffre également d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, dont il convient d'examiner s'il est invalidant. Selon la jurisprudence, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). 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 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). 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. 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. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). 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 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ).

a) Le trouble somatoforme douloureux a été diagnostiqué par une experte psychiatre, la Dresse C \_\_\_\_\_ qui s'est appuyée sur la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (ci-après CIM-10). Les médecins traitants avaient, quant à eux, diagnostiqué une fibromyalgie. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65 ), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

b) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

c) En l'occurrence, la recourante n'a pas d'affections corporelles chroniques. Certes un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, la fibromyalgie existe mais, comme on l'a vu, cette maladie est comparable au trouble somatoforme douloureux.

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que la recourante voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille au Portugal (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'elle bénéficie d'une bonne entente familiale, reçoit des amis (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'elle a, certes, une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent la voir (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'elle se dit bien entourée sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04).

e) Il n'y a pas, davantage, d'état psychique cristallisé, comme cela ressort de l'expertise, ni d'échec du traitement. La recourante est traitée avec du Venlafaxine, un antidépresseur. Ce dernier a un bon effet sur sa thymie mais le manque de compliance de cette dernière a, entre autres, provoqué une rechute de son état dépressif. Les conditions de la jurisprudence ne sont donc pas remplies, en l'espèce, et les troubles somatoformes dont la recourante souffre ne sont pas invalidants au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Pour évaluer

l'invalidité de la recourante, l'intimé a retenu, à tort, le statut mixte. La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396). Or, il résulte des pièces du dossier ainsi que de l'instruction complémentaire effectuée par le Tribunal de céans, que la recourante exerçait une activité professionnelle à 100% avant son atteinte à la santé et qu'elle aurait continué à exercer à plein temps, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Par conséquent, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que la recourante, en bonne santé, travaillerait à plein temps, de sorte que c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 LAI et 16 LPGA) qui s'applique, compte tenu d'une capacité de travail de 75% au moins, dans tous les domaines d'activité. Dans son courrier de juin 2009, l'intimé s'est référé à juste titre, pour déterminer le revenu avec invalidité, aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), étant donné que la recourante a cessé son activité lucrative définitivement en 2001. Il convient cependant de se reporter à l'année 2006, année depuis laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail de 75%. Le salaire mensuel que peuvent réaliser les femmes exerçant des activités simples et répétitives s'élève à 4'019 fr. pour 40 heures de travail par semaine (cf. ESS 2006, tableau TA1, niveau d'activité 4). Etant donné que la durée normale hebdomadaire de travail dans les entreprises est de 41,7 heures en 2006 (La Vie économique 1/2-2009, tableau B9 p. 98), le salaire mensuel s'élève à 4'189 fr. 80 ou à 50'277 fr. 70. par an. La diminution de rendement constatée étant de 25%, le revenu d'invalidité s'établit à 37'708 fr. 30. Conformément à la jurisprudence, il convient d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans relève qu'une activité à 75% est possible, sans diminution de rendement, ce qui est de nature à influencer les conditions salariales auprès d'un nouvel employeur. Par conséquent, il se justifie d'appliquer une réduction globale de 10%. Le revenu d'invalidité s'élève par conséquent à 33'937 fr. 50. Quant au revenu sans invalidité, il était de 49'456 fr. en 2000 (3'805 fois 13). Ce revenu, actualisé à 2006, s'élève à 53'925 fr. 35. Comparé au revenu avec invalidité, il en résulte un degré d'invalidité de 37,05%. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente de la recourante, dès lors qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne permet plus le maintien de la rente. En revanche, un degré d'invalidité de 37,05% ouvre droit à des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 LAI. Il appartiendra à l'intimé d'examiner quelles mesures de réadaptation entrent en ligne de compte et de rendre une décision dûment motivée à cet égard. La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'500 fr. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé, en l'espèce, à 500 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement dans le sens des

considérants. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il statue sur le droit aux mesures de réadaptation professionnelle. Rejette le recours pour le surplus. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 1'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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