

GE_GERICHTE A/1728/2008 vom 15. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1728_2008

FR: GE_GERICHTE A/1728/2008 du 15 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE A/1728/2008 del 15 gennaio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.01.2009
A/1728/2008

A/1728/2008 ATAS/62/2009 du 15.01.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1728/2008 ATAS/62/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 15 janvier 2009 En la cause Madame O _____, domiciliée au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Jean-Bernard WAEBER recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, , 1211 Genève 13 intimé EN FAIT Ressortissante d'origine turque, naturalisée en février 2004, O _____ (née 1959) est mariée et mère de cinq enfants, nés entre 1981 et 1994. Scolarisée durant une année et demi en Turquie et sans formation spécifique, elle a travaillé en particulier comme nettoyeuse, depuis septembre 2000 jusqu'au 1 er décembre 2001, date à laquelle elle s'est trouvé empêchée de travailler à 100%. Invoquant souffrir en particulier de dépression depuis 1991, elle a présenté, le 29 janvier 2003, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. Selon le questionnaire de l'employeur du 26 février 2003, son dernier salaire annuel (2001) s'élevait à 8'860 fr. 15, pour une activité à temps partiel (10 heures par semaine). Le contrat avait été résilié par l'employeur suite à un « problème de comportement » de la travailleuse. Dans un rapport médical du 17 mars 2003, la Dresse A _____, médecin traitant interniste, spécialisée en médecine psychosomatique et psychosociale AMPP, a diagnostiqué un état anxieux depuis plus de vingt ans, un état dépressif depuis plus de dix ans et une surcharge émotionnelle et physique entraînant un état d'épuisement depuis plusieurs années. L'état de santé était stationnaire. La patiente présentait un état d'épuisement dans le cadre d'un état dépressivo-anxieux secondaire à la grave maladie d'une de ses filles, tombée du 3 ème étage, en 1992. Gravement blessée, l'enfant gardait d'importantes séquelles neuropsychologiques invalidantes sous forme d'un retard mental et d'une épilepsie extrêmement invalidante. Selon la praticienne, tant que l'état de sa fille ne serait pas stabilisé, il était difficile d'imaginer que l'état de la patiente puisse s'améliorer. Dans son rapport du 9 septembre 2003, la Dresse B _____, psychiatre traitante depuis 1998, a diagnostiqué un état anxio-dépressif (F 33.9) depuis environ 15 ans, une surcharge émotionnelle et physique (F 43.9), depuis environ 15 ans, entraînant un état d'épuisement, ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3). L'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50% de juillet 1999 à juin 2000, puis de 100%, depuis le 1 er décembre 2001. L'état de santé était stationnaire. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Depuis l'accident de sa fille, la patiente avait pratiquement joué le rôle d'aide soignante. Elle présentait un état anxio-dépressif fluctuant, plus ou moins réactionnel aux aléas des démarches concernant l'asile (requis en 1989), totalement infructueuses pendant

de longues années, et maintenant la famille dans un état de précarité quant à son avenir et d'angoisse à la perspective d'un retour forcé, ou à des événements familiaux. Les réactions étaient moins extrêmes qu'auparavant, probablement en raison d'un suivi assez régulier, bien investi, tant de sa fille que d'elle-même, et en raison d'une relative stabilisation de la situation politique dans le pays d'origine. La praticienne, ainsi que d'autres professionnels, avaient le sentiment que la patiente présentait des ressources étonnantes pour tenir le coup, malgré tout. Elle bénéficiait d'un soutien psychologique régulier pour l'aider à faire face à toute la réalité de sa vie en tenant compte de ses ressources et difficultés. Il paraissait assez clair, dans un tel contexte, que les capacités de travail de l'assurée resteraient très limitées, voire nulles. Des particularités sociales ou familiales influençaient légèrement l'affection actuelle. Les troubles psychiques étaient induits par un milieu défavorable et ne pouvaient disparaître ou s'atténuer si les circonstances se modifiaient. Lesdits troubles étaient réactionnels à des événements de vie adverse, qui influençaient grandement l'affection actuelle. L'incapacité de travail était due de façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Dans un rapport du 2 décembre 2003, le Service médical de l'AI (SMR) a constaté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent, non spécifié chez une personnalité émotionnellement labile, respectivement d'une surcharge émotionnelle et physique entraînant un état d'épuisement. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle. Une amélioration pouvait être attendue, ce qui justifiait une révision dans une année. Se fondant sur ledit rapport, l'OCAI, par décision du 6 février 2004, a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002. Dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente ouverte par l'OCAI en juillet 2007, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté le même et qu'elle s'occupait depuis lors de son propre ménage. Elle avait consulté la dernière fois la Dresse B _____ en octobre/novembre 2006, et la Dresse A _____ en février/mars 2007 (questionnaire du 25 juillet 2007, § 1.1 et 1.4). Selon un rapport médical de la Dresse A _____, du 2 août 2007, l'état de santé de la patiente était stationnaire, celle-ci étant toujours aussi anxieuse et épuisée. Dans un courrier du 10 septembre 2007, la Dresse B _____ a indiqué que son intervention avec la patiente était terminée depuis le 21 juin 2005 et qu'elle n'était donc pas en mesure d'évaluer l'incapacité actuelle. Dans un rapport d'expertise du 26 janvier 2008, requis par l'OCAI, la Dresse C _____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F 33.4 (présent depuis 1991, en rémission depuis au moins 2006). A la demande téléphonique de l'experte (« aviez-vous retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent ou de trouble mixte anxieux et dépressif ? Pourquoi le traitement a-t-il cessé ? »), la Dresse B _____ a laissé, sur le répondeur téléphonique de l'experte, le message suivant : « Madame a présenté un trouble dépressif récurrent F33.9, une réaction aiguë à un facteur sévère de stress F43.9 chez une personnalité labile à traits impulsifs voire borderline F 60.3. Madame ne payait plus ses factures depuis des mois. J'avais alors instauré une prise en charge où Madame devait payer chaque séance ; elle n'a pas donné suite et j'ai considéré qu'elle avait cessé sa thérapie ». En bref, selon l'experte, l'assurée avait subi une incapacité de travail à 100% du 1^{er} décembre 2001 à juin 2005. Depuis lors, sa prise en charge psychiatrique avait cessé. Depuis juillet 2005, l'incapacité de travail avait progressivement diminué. Aucun traitement antidépresseur n'avait été prescrit entre 2005 et fin 2007. Progressivement, la thymie s'était stabilisée, car les facteurs de stress, présents à l'époque, s'estompaient. La patiente disait avoir accepté le handicap de sa fille, laquelle était prise en charge dans une institution les jours de la semaine de 8h à 13h30, ce qui la déchargeait. Hormis le fils cadet, âgé de 13 ans et demi,

tous les autres enfants étaient majeurs et par conséquent autonomes. L'obtention de la nationalité suisse en 2004 avait réglé toutes les difficultés d'autorisation de séjour rencontrées à l'époque. L'expertisée maintenait une sociabilité tant avec la famille élargie qu'avec des amies. L'humeur fluctuante avec des périodes de dépression et un moral au maximum de 2 sur 10, évoquée par l'assurée, n'avait pas été objectivés pendant l'entretien (durant lequel celle-ci n'avait pas montré de ralentissement psychomoteur) et était en contradiction avec le quotidien de l'expertisée. Une discordance existait entre le langage verbal (nombreuses plaintes) et analogique (sourire, bon tonus vital et attitude calme). L'estime de soi était conservée. N'avaient en outre été objectivés ni trouble de la pensée, ni élément floride de la lignée psychotique ou compatible avec un état de stress post-traumatique ou un trouble affectif bipolaire, ni non plus d'idée prévalente, d'obsession, de conduite compulsive ou de phobie. L'expertisée avait essentiellement relaté un conflit conjugal lié à l'inactivité professionnelle de son époux, depuis plusieurs années, et de certains de ses enfants. Le trouble dépressif récurrent était en rémission et n'interférait pas sur la capacité de travail. Depuis début janvier 2006, l'assurée était capable de travailler à 100%, dans une activité simple, à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. En rémission, le trouble en question n'empêchait pas une adaptation à un environnement professionnel dans une activité simple. Le pronostic restait toutefois défavorable quant à la reprise d'un emploi, en raison essentiellement de facteurs socioculturels (absence de formation, inactivité professionnelle pendant plusieurs années, conflit conjugal et familial). Dans un projet de décision du 28 février 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer la rente, l'expertise de la Dresse C_____ ayant admis que, dans son activité habituelle, la capacité de travail était complète depuis 2006. Dans un certificat du 1^{er} avril 2008 - envoyé par l'assurée à l'OCAI « à titre d'opposition », le 9 avril suivant -, la Dresse A_____, après avoir pris connaissance de ladite expertise, a insisté sur la fragilité de l'équilibre de l'état psychique de la patiente. Cet état dépendait fortement de sa situation familiale et du destin assez tragique de ses enfants. La patiente était en effet une personnalité angoissée et pouvait à n'importe quel moment replonger en dépression. D'autre part, si cette dernière était en mesure de travailler dans une activité simple, elle devait être soutenue et accompagnée dans sa réinsertion dans le monde du travail (« C'est la condition si l'on ne veut pas subir un échec »). Par décision du 15 avril 2008, reçue le 16 avril suivant, l'OCAI a maintenu sa position, respectivement supprimé la rente dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision, tout en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. A l'appui de sa décision, ledit Office a estimé que le courrier de la Dresse A_____ du 1^{er} avril 2008 évoquait des facteurs socio-culturels (situation familiale, destin tragique des enfants) pris en compte dans l'expertise du 26 janvier 2008, laquelle était par ailleurs convaincante, selon un avis du SMR du 14 avril 2008. Par recours posté le 16 mai 2008, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi d'un délai pour produire un nouveau rapport de la Dresse B_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale, afin d'établir objectivement son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail. A cet égard, elle a exposé que l'expertise de la Dresse C_____ n'avait pas analysé le trouble de la personnalité soulevé par la Dresse B_____. Dans le délai imparti, la recourante a produit un certificat de la doctoresse B_____, du 20 mai 2008. Selon la praticienne, au moment de l'interruption du traitement, en juin 2005, il persistait une tendance dépressive récurrente, mais surtout un handicap lié à un trouble de la personnalité, qui s'était confirmé en un trouble de la personnalité borderline avec les années. L'expertise

du 26 janvier 2008 ne retenait pas le diagnostic de trouble de la personnalité. Cela était surprenant, car un trouble de la personnalité, dans sa définition même, était un trouble de mode de fonctionnement, qui, au contraire des diagnostics de « troubles plus aigus », ne s'amendait pas facilement. Seules de très longues thérapies, plusieurs fois par semaine, pouvaient en venir à bout ou, le plus souvent, seulement atténuer les effets néfastes de ce type de problématique. La patiente présentait à l'évidence un trouble sévère de la personnalité émotionnellement labile (CIM 60.3) (ou plus couramment dit, trouble de la personnalité « borderline »). Ce trouble représentait probablement sa « pathologie » la plus importante et surtout la plus handicapante. Selon la CIM, il s'agissait d'un trouble de la personnalité caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation étaient souvent très réduites et des états de colère pouvaient conduire à la violence ou à des comportements explosifs ; ceux-ci étaient volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs étaient contrariés ou critiqués par autrui. Un tel trouble était extrêmement handicapant dans la gestion d'un quotidien professionnel. Un traitement durable pouvait en atténuer les effets, à conditions que les circonstances environnementales soient favorables. Or, concernant la patiente, tel était loin d'être le cas (une fille grandement handicapée, une autre présentant des troubles psychiatriques graves rendant son autonomisation extrêmement difficile et un fils aîné présentant des troubles psychologiques avec des tendances antisociales qui l'avait mené récemment en prison). Par ailleurs, son mari ne travaillait pas, pour des raisons vraisemblablement psychologiques aussi. La patiente ne savait en outre ni lire, ni écrire, ce qui rendait sa gestion d'un quotidien déjà précaire et difficile, encore plus désastreuse. La praticienne se demandait enfin comment, dans ces conditions, espérer qu'une femme de 50 ans, déprimée, épuisée par ses tâches, pouvait encore trouver un travail sans assistance. Une suppression pure et simple de la rente paraissait démesurée en regard de ses difficultés. Il y aurait peut-être lieu d'envisager une réduction, mais surtout des mesures de réadaptation ou d'assistance à une réinsertion progressive et limitée. Enfin, il n'était pas exclu qu'assistée, dans un contexte rassurant et contenant, elle pût développer des compétences professionnelles. Dans ses observations du 21 juin 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours, sur la base d'un avis du SMR du 11 juin 2008, signé par le Dr D. _____, interniste spécialisé en diabétologie et endocrinologie. Selon ce praticien, l'expertise de la Dresse C _____ était complète, dès lors qu'il apparaissait de manière tout à fait évidente que l'experte avait connaissance des documents médicaux qui mentionnaient le trouble de la personnalité. Selon lui, l'experte avait effectué une anamnèse détaillée et un examen clinique psychiatrique tout à fait complet et l'on n'y retrouvait pas les critères de la CIM-10 permettant de poser ce diagnostic. En effet, il n'y avait pas d'attitude, ni de comportement nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement. L'assurée se disait bien entourée, s'occupait de ses cinq enfants, de ses tâches ménagères et des repas. Il n'y avait pas de préférence marquée pour des activités solitaires, ni de désintérêt pour les relations amicales par l'absence d'amis proches, ni d'indifférence nette aux normes et conventions sociales. Dans ce contexte-là, le certificat de la docteure B _____ du 20 mai 2008 n'apportait aucun élément médical nouveau. Le 18 juillet 2008, la recourante a transmis au Tribunal un avis complémentaire de la Dresse B _____, du 11 juillet 2008, selon laquelle l'experte avait occulté ou sous-estimé le diagnostic de trouble de la personnalité, lequel ne pouvait en principe pas « disparaître » d'un certificat à l'autre, s'agissant d'une altération durable de la personnalité. L'expertise laissait ainsi à penser que la situation psychiatrique était beaucoup moins grave

qu'elle ne l'était dans la réalité. En outre, les éléments mentionnés par le Dr D_____ donnaient une vision idyllique de la situation, qui n'avait rien à voir avec les différentes descriptions données par des tiers, ni avec le quotidien de la patiente, dont 3 enfants sur 5 présentaient par ailleurs des troubles graves et dont la situation psychosociale était très chargée. La praticienne se déclarait enfin surprise que ses arguments, étayés par une expérience de 20 ans de pratique psychiatrique intensive et pour une patiente et une famille qu'elle connaissait depuis dix ans, soient ainsi balayés, par un diabétologue de surcroît, lequel n'avait d'ailleurs pas lui-même rencontré l'assurée. Dans ses déterminations du 25 août 2008, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Il a en particulier relevé que le Dr D_____ avait fondé ses explications non pas sur son examen propre, mais sur le rapport d'expertise établi par la Dresse C_____, dont le contenu revêtait pleine valeur probante au regard de la jurisprudence. A la demande du Tribunal, la Dresse C_____ a précisé, dans un complément d'expertise du 30 septembre 2008, les motifs pour lesquels elle n'avait pas retenu en l'occurrence le diagnostic de trouble de la personnalité confirmé par la docteusesse B_____ dans ses avis complémentaires des 20 mai et 11 juillet 2008. Selon l'experte, lors de l'examen clinique du 16 janvier 2008, l'assurée avait relaté un fonctionnement conservé dans la vie quotidienne et n'avait pas mentionné de relations instables, ni de crise émotionnelle particulière depuis l'arrêt du suivi psychiatrique fin juin 2005, ni de gestes auto ou hétéro agressifs. Depuis fin 2005, les consultations chez le médecin traitant étaient très espacées, traduisant ainsi une absence de souffrance psychique ou physique chez l'expertisée, laquelle n'avait par ailleurs nécessité aucune médication depuis 2005. Ces éléments permettaient d'exclure le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, tel que défini par la Classification Internationale des Troubles du Comportement CIM-10. Dans son rapport du 28 janvier 2008, l'experte avait ainsi retenu uniquement des traits de personnalité (état limites et histrioniques), lesquels n'étaient pas assimilables à un trouble de personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique dans le quotidien. Dans un rapport du 6 novembre 2008 (transmis à l'OCAI), la Dresse B_____ s'est déterminée sur ce complément d'expertise. Après avoir souligné que le trouble de la personnalité borderline (« aussi appelé personnalité émotionnellement labile ») était la principale raison du handicap de la patiente, la praticienne a relevé qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne pouvait véritablement se fonder sur un entretien unique, mais nécessitait aussi de pouvoir s'appuyer sur des regards extérieurs. En effet, le patient ne mentionnait généralement pas lui-même les symptômes de son diagnostic et avait souvent l'impression que tout allait bien et que c'étaient les autres qui étaient contre lui. En l'occurrence, la patiente pouvait effectivement se montrer très détendue, souriante, contrôler ses émotions au cours d'un entretien. La praticienne avait cependant eu l'occasion de voir celle-ci dans des états d'angoisse ou de rage, proches de la décompensation. Bon nombre de personnes qui la côtoyaient dans des situations stressantes l'avaient vue dans des états de panique aiguë, de colère explosive, dans des états où elle ne pouvait plus se contenir. Les différents services sociaux qui s'étaient occupés d'elle ou les soignants de sa fille pourraient en témoigner. Il était du reste étonnant que, compte tenu de ses difficultés, la patiente parvînt à gérer un quotidien avec sa famille, si bien que la praticienne ne se déclarait pas aussi optimiste que l'experte quant à la stabilité de cette activité. La vie à domicile semblait parfois plutôt chaotique et trois enfants sur cinq présentaient des difficultés graves. D'ailleurs l'experte elle-même avait tout de même mentionné que l'assurée était « passive, dans l'attente d'une solution extérieure » et qu'elle présentait par ailleurs « un besoin d'étayage par autrui avec une relation d'objet, de

type anaclitique », un seuil anxiogène « en partie abaissé », des défenses de « l'ordre du clivage, de l'idéalisation primitive, du déni et de la projection », une personnalité « fruste, peu différenciée avec des traits limites et histrioniques », des « capacités de mentalisation pauvres », un « Moi faible avec diminution de la tolérance à l'angoisse et diminution du contrôle pulsionnel ». Ces éléments constituaient la plupart des ingrédients d'une personnalité borderline selon la CIM-10. Selon l'autre classification internationale, la DSM IV, on trouvait 6 à 7 critères en faveur de ce même diagnostic, alors que 5 critères suffisaient pour l'assurer : instabilité dans les relations interpersonnelles (« que j'ai pu vivre personnellement avec Mme O _____ et qui ne s'évalue pas en un seul entretien »), impulsivité, instabilité affective, colères intenses (« que j'aie connues de près aussi »), menaces (« que j'aies vécues dans des moments particulièrement tendus »), perturbation de l'identité, sentiment de vide, angoisses de perte. Ces critères, assez complexes, étaient évidemment difficiles à relater par le patient lui-même, qui s'efforçait plutôt de se montrer sous un bon jour, surtout à l'occasion d'un premier entretien, ce d'autant qu'en l'occurrence, Madame O _____ n'avait pas été très au clair sur les objectifs de l'entretien. Selon la psychiatre traitante, il était en outre assurément abusif d'affirmer que des consultations très espacées témoignaient d'une absence de souffrance psychique, voire de l'inexistence d'un trouble psychique sérieux sous-jacent. En effet, il existait beaucoup de personnes présentant des troubles psychiques sévères et une souffrance intense qui ne parvenaient pas à se décider à entreprendre un traitement. De même, ce n'est pas parce qu'un patient ne prenait pas de traitement qu'il n'en avait pas besoin. Pour la praticienne, l'assurée était déjà au-delà des limites de ce qu'elle pouvait assumer en gérant, cahin caha, son quotidien et une famille nombreuse. Les débordements étaient d'ailleurs fréquents et parfois à la limite de la dangerosité. Imaginer que la patiente puisse se mettre à travailler relevait franchement de l'utopie. Il n'était par contre pas exclu qu'une activité occupationnelle bien encadrée (pour répondre à ses besoins d'encadrement et de soutien) puisse lui faire du bien. Par ailleurs, la réalité de la situation avait été totalement sous-estimée par l'experte, peut-être parce que Madame O _____ pouvait 'donner le change', surtout au cours d'une rencontre unique, comme cela avait été le cas pour l'expertise. Enfin, si le tribunal devait avoir encore des doutes quant aux capacités de la patiente de travailler, la praticienne suggérait de demander une nouvelle expertise pour départager deux avis si divergents en l'occurrence. Dans un courrier du 5 décembre 2008, l'OCAI a invité le Tribunal de céans à demander un complément d'expertise à la Dresse C _____, conformément à l'avis du SMR du 1^{er} décembre 2008, cosigné par les Drs D _____ et E _____. Selon ces derniers, une telle démarche semblait indiquée au vu de la complexité de la situation psychiatrique, même s'il semblait que la répercussion éventuelle sur la capacité de travail résultait d'une interprétation différente d'une même situation, étant par ailleurs relevé que les difficultés de la patiente à gérer le quotidien avec sa famille n'étaient pas détaillées par la Dresse B _____. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique (cf. décision du Vice-Président du Tribunal de première instance du 6 juin 2008). Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, en tant que de besoin, dans les considérants juridiques qui suivent. EN DROIT L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ). Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000, ci-après : LPGA). Le litige porte sur la suppression,

par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Il s'agit en particulier de déterminer si l'invalidité de l'assurée s'est modifiée au point d'influencer son droit à la rente entre le 6 février 2004, date de la décision initiale d'octroi d'une rente entière, et le 15 avril 2008, date de la décision litigieuse par laquelle cette prestation a été supprimée. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343). Selon l'art. 17 al. 1 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. Savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). L'art. 88 a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. 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 (ATF du 21 août 2007, I 797/06, consid. 4). La limitation concrète de la capacité de travail résultant de l'empêchement est déterminante pour fixer le degré de l'incapacité de travail; elle s'apprécie sur la base de constatations médicales (RAMA 1987 No U 27 p. 394, consid. 2b; ATA/262/2001). 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4). Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports

médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En outre, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Enfin, 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 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, 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; arrêt [du Tribunal fédéral] I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 7 novembre 2008, 9C_170/2008, consid. 4.1). L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136). A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse C _____ du 26 janvier 2008, concluant, d'une part, à la rémission complète, depuis début janvier 2006, du trouble dépressif récurrent initialement présenté par l'assurée, et, d'autre part, au rétablissement, dès cette date, d'une capacité de travail de 100%, dans une activité simple, sans diminution de rendement. Dans le cas particulier, on doit constater que cette expertise ne répond pas entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 7). L'experte a certes explicité de

façon circonstanciée les raisons pour lesquelles elle a retenu que la situation n'était plus du tout la même qu'à l'époque où une incapacité de travail justifiant l'octroi d'une rente entière avait été admise pour des raisons psychiatriques (compte tenu notamment de l'estompement des facteurs de stress présents à l'époque, en particulier de la prise en charge de sa fille handicapée dans une institution spécialisée les jours de la semaine de 8h à 13h30 et de la stabilisation du séjour sur le plan administratif avec la naturalisation de l'assurée en 2004) (cf. rapport d'expertise du 26 janvier 2008, pp. 18 et 19). Toutefois, il apparaît, à la lumière des explications complémentaires de la doctoresse B_____ des 20 mai, 11 juillet et 6 novembre 2008, que l'experte s'est fondée en particulier sur une anamnèse incomplète - et, singulièrement, sur une interprétation sans doute un peu hâtive des déclarations de la patiente relatives à son fonctionnement supposément conservé dans la vie quotidienne - pour exclure le diagnostic de trouble de la personnalité posé par la doctoresse B_____. Il apparaît au demeurant que, dans son complément d'expertise du 30 septembre 2008, la Dresse C_____ n'a pas suffisamment pris en compte les observations de la psychiatre traitante développées dans ses avis des 20 mai et 11 juillet 2008. Par ailleurs, on ne saurait suivre sans autre l'experte, lorsqu'elle retient que l'interruption de la prise en charge médicale, à la fin de l'année 2005, traduit une absence de souffrance psychique chez l'expertisée. En effet, cette situation semble s'expliquer d'avantage par des motifs économiques (l'assurée devant alors payer chaque consultation chez sa psychiatre traitante, dès lors qu'elle n'avait plus réglé ses factures depuis des mois) que par une véritable absence de demande de soins de sa part. Enfin, on relèvera que le « problème de comportement » qui a motivé la résiliation du contrat de travail de l'assurée en 2001 (cf. questionnaire de l'employeur du 26 février 2003) ne semble pas avoir été apprécié sous l'angle médical. D'un autre côté, si la Dresse B_____ a exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle diagnostiquait un trouble de la personnalité à l'inverse de l'experte, ses avis mettent en évidence, en partie du moins, des éléments prégnants des champs socio-culturel et psycho-social de l'assurée, lesquels ne sauraient toutefois être pris en considération sous l'angle de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 s.). En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que l'assuré ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c). A cela s'ajoute que ni la Dresse A_____, ni la Dresse B_____ n'ont exclu la possibilité pour la patiente de reprendre progressivement une activité professionnelle. Il apparaît ainsi que les faits tels qu'ils ressortent du dossier médical sont incomplets, - ce que tant l'OCAI que le SMR ont d'ailleurs eux-mêmes finalement admis dans leurs observations et avis des 1^{er} et 5 décembre 2008. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'Office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire et mette en œuvre une (nouvelle) expertise médicale auprès d'un service de psychiatrie universitaire en Suisse romande et rende ensuite une nouvelle décision. Le cas échéant, il incombera ensuite audit Office d'examiner si, comme le préconisent les médecins traitants, l'assurée peut bénéficier

de mesures de réinsertion (socioprofessionnelles et/ou d'occupation) préparant à la réadaptation professionnelle (cf. art. 14a LAI). Le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA). Ceux-ci lui sont alloués indépendamment du fait qu'elle plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire (ATF du 20 décembre 2007, I 1059/06, consid. 3), étant par ailleurs précisé, à toutes fins utiles, que les dépens auxquels la partie adverse a été condamnée seront en principe imputés sur l'état de frais de l'avocat (art. 21 du Règlement sur l'assistance juridique du 18 mars 1996). Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours ; Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 15 avril 2008 ; Renvoie la cause audit Office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ; Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé ; Dit que l'intimé versera à la recourante 1'500 fr. à titre de dépens ; 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 Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Jean-Louis BERARDI 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.