

## GE\_GERICHTE A/2945/2012 vom 19. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2945\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2945_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2945/2012 du 19 août 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2945/2012 del 19 agosto 2013

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Madame E\_\_\_\_\_, domiciliée à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Oana HALAUCESCU recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Mme E\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1970, originaire de Serbie/Montenegro, mariée depuis 1988, mère de trois enfants nés en 1992, 1993 et 1995, sans formation, est entrée en Suisse en 1992; elle est titulaire d'une autorisation de séjour B. Elle a exercé une activité d'ouvrière dans une usine de textile en Serbie de 1986 à 1992. L'assurée a été inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 25 octobre 2002 et le 5 septembre 2005. Le 12 juin 2003, le médecin-conseil de l'OCE a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1 er décembre 2002. Le département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1 er janvier au 28 février 2003, du 17 au 25 février 2005 et du 3 mars au 6 avril 2005. La Dresse L\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 25 février au 9 mars 2005. Le 30 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 7 novembre 2007, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie-psychothérapie, de l'association Appartenances, a rempli un rapport médical AI, cosigné par Mme F\_\_\_\_\_, psychologue. Il a posé les diagnostics existants en tous les cas depuis 2002, d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, agoraphobie, trouble panique, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, difficultés dans les rapports avec le conjoint et décès d'un membre de la famille (enfant). Le traitement avait débuté le 9 mars 2006. Actuellement, l'incapacité de travail était totale. Le 15 novembre 2007, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assurée et indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 100 % dans la vente/ménage. Le 3 janvier 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ du SMR a requis une instruction complémentaire concernant le traitement médicamenteux administré. Le 22 janvier 2008, ASSURA a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une copie des frais de pharmacie de l'assurée pour 2004 et 2005. Le 23 janvier 2008, la MUTUEL ASSURANCES a transmis à l'OAI les copies de factures de pharmacie de l'assurée depuis 2005. Le 5 mars 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que le traitement prescrit était du Paroxetine 20 mg 1 comprimé par jour et de l'Alprazolam 0,25 mg en réserve. Les crises de panique survenaient une à deux fois par semaine. Le 31 mars 2008, la Dr N\_\_\_\_\_ a préconisé un examen psychiatrique au SMR. Le 18 avril 2008, l'assurée a été examinée au SMR par le Dr O\_\_\_\_\_, lequel a rendu un rapport le 21 avril 2008. L'assurée se plaignait de fatigue,

d'anxiété, de sommeil perturbé, de rumination, de trouble de la concentration et de l'attention. Le diagnostic retenu est celui de dysthymie (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail.![endif]>![if> L'examen clinique SMR mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur qui, d'après l'assurée, remontait à 1998, dont la sévérité était insuffisante pour justifier, actuellement, un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger; cette dépression chronique de l'humeur était particulière de part sa fluctuation avec à raison de 30 % du temps des moments où elle se sentait mieux, supportait ses enfants, faisait des efforts pour recevoir ses amis, sortait et à 70 % du temps des moments où elle s'isolait, ne supportait plus les bruits et était en proie à des tremblements. On retrouvait des traits de personnalité anankastique avec perfectionnisme qui entravaient l'achèvement des tâches, nécessité de contrôle, rigidité, inhibition intellectuelle et affective. Ces traits de la personnalité n'en constituaient pas pour autant un trouble de personnalité anankastique. En dehors de ce tableau de dysthymie et des traits de personnalité anankastique, l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. L'assurée n'avait jamais travaillé en Suisse et donc n'avait pas été mise au bénéfice d'une incapacité de travail. Sa capacité de travail était totale dans toute activité. 15. Le 29 avril 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé une capacité de travail totale.![endif]>![if> 16. Par projet de décision du 5 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante.![endif]>![if> 17. Par décision du 20 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 18. Le 24 juillet 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une "dépression aiguë suivie par l'angoisse et amaigrissement aigu".![endif]>![if> 19. Le 3 mai 2011, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il lui incombait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation.![endif]>![if> 20. Le 14 juin 2011, la Dresse P\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie, psychothérapie, a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2010 en raison d'un état dépressif grave, d'une agoraphobie importante et d'une anxiété généralisée, avec trouble du sommeil et cauchemars, que l'assurée avait perdu plus de 10 kilos, que le traitement médicamenteux (antidépresseur) n'améliorait pas la situation et que l'incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 21. Le 14 juin 2011, la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis le 4 novembre 2008 pour des rachialgies sur troubles statiques de la colonne lombaire et état anxio-dépressif aigu et que l'état de santé s'aggravait. ![endif]>![if> 22. Le 23 juin 2011, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'aggravation de l'état de santé était plausible. ![endif]>![if> 23. Le 13 juillet 2011, la Dresse P\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI. Elle a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique depuis 1999, anxiété généralisée depuis 1999, crises de panique avec agoraphobie depuis 2001 au plus tard, épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques depuis 2009 au plus tard et résistant aux médicaments (été).![endif]>![if> Pendant la guerre au Kosovo, l'assurée avait subi des stress dont elle ne s'était pas remise (peur pour sa famille). Elle avait tenté de travailler en EMS en 2005, sans succès en raison du stress du travail. L'agoraphobie était extrême et les troubles du sommeil majeurs. Elle présentait un dégoût de la nourriture et avait perdu 10 kilos depuis l'été 2009. Le traitement médicamenteux avait été modifié sans succès. Le traitement actuel était le suivant : Valdoxan 50mg/jour, Seroquel 62,5mg/jour, Xanax-retard 2mg/jour et Xanax 0,25 jusqu'à 3x/jour. Sous la rubrique énumérations des restrictions physiques, mentales ou

psychiques existantes, la Dresse P\_\_\_\_\_ a mentionné "patiente qui n'arrive pas à sortir de chez elle, qui est tout le temps angoissée et fait de surcroît des crises de panique, n'arrive plus à manger, n'a plus d'énergie et une concentration nulle. Se sent tout le temps extrêmement fatiguée. Intolérance au stress totale, incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit, fatigue intense et insurmontable, angoisse permanente". 24. A la demande de l'OAI, le Dr S\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rendu le 2 décembre 2011 un rapport d'expertise fondé notamment sur un entretien le 8 novembre 2011 avec l'assurée et un dosage plasmatique des médicaments. [endif]>![if> L'assurée se plaignait d'angoisses depuis la guerre au Kosovo. Elle avait vécu cette guerre avec beaucoup d'intensité et d'anxiété concernant ses proches dont elle n'avait plus de nouvelles. Elle n'avait donc pas vécu directement la guerre ni n'avait été menacée de mort. Dans ce sens-là, on ne pouvait pas retenir les diagnostics d'état de stress post-traumatique ni de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble panique (anxiété généralisée paroxystique) (F41.0) et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1). Il s'interrogeait sur la compliance médicamenteuse car selon le dosage le seul médicament que l'assurée prenait vraiment était le Xanax. Les crises de panique représentaient au maximum un 20 % d'incapacité de travail et devaient se réduire avec la prise de psychotropes à la dose prescrite. 25. Le 13 janvier 2012, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'assurée était capable de travailler à 80 % avec comme limitations fonctionnelles une difficulté à gérer le stress et une fragilité psychologique, l'incapacité de travail de 20 % était survenue en janvier 2010.![endif]>![if> 26. Par projet de décision du 24 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail était de 80 % et que l'incapacité de 20 % pouvait être réduite avec la prise des médicaments prescrits.![endif]>![if> 27. Le 5 mars 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a transmis à l'OAI des observations. Elle a sollicité une nouvelle expertise et relevé que l'OAI n'avait pas tenu compte des avis des médecins-traitants lesquels la suivaient depuis des années. Le contenu de l'expertise était pauvre, lacunaire, dirigé et manquait d'objectivité. L'expert ne l'avait reçue qu'une fois et n'avait pas contacté la Dresse P\_\_\_\_\_. Elle était victime d'effets secondaires des médicaments, telle que l'hypotension. Il était invraisemblable de lui reprocher de ne pas prendre des médicaments qu'elle ne supportait pas. [endif]>![if> 28. Par décision du 6 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet du 24 janvier 2012.![endif]>![if> 29. Le 2 août 2012, la Dresse U\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les observations de l'assurée n'apportaient aucun nouvel élément médical. [endif]>![if> 30. Par décision du 20 août 2012, annulant et remplaçant celle du 6 mars 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 31. Le 28 septembre 2011, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % et, préalablement, à la comparution des parties, l'audition de son époux et des Drs S\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'ordonnance d'une expertise auprès d'un médecin externe à l'OAI. [endif]>![if> Son droit d'être entendue avait été violé car l'OAI n'avait pas répondu à ses observations et l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ n'était pas probante. 32. Le 10 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la décision litigieuse était motivée puisqu'elle se fondait sur l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ laquelle était probante et sur le défaut d'élément médical nouveau apporté par l'assurée; en outre les avis divergents des médecins-traitants n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expert.![endif]>![if> 33. Le 21 janvier 2013, l'assurée a

répliqué en relevant que l'OAI n'avait pas tenu compte de ses remarques, en particulier concernant la médication et les problèmes consécutifs à celle-ci, soit un problème médical réel.!

34. Le 21 février 2013, l'OAI a dupliqué en exposant que les déclarations de l'assurée concernant sa médication n'avaient pas été confirmées par l'examen de l'expert et que l'assurée ne respectait pas la médication prescrite par ses médecins-traitants et qu'enfin l'expert n'avait pas l'obligation de prendre contact avec le médecin-traitant.!

35. A la demande de la Cour de céans, les parties se sont prononcées sur le statut de l'assurée.!

L'intimé a observé que la détermination du statut de l'assurée nécessitait une enquête ménagère. Cependant, au vu de la capacité de travail à 80 % médicalement attestée une telle enquête n'était pas nécessaire. Cela dit, les éléments du dossier faisaient ressortir les indices suivants : - L'assurée est arrivée en Suisse en 1992.!

- Au regard du parcours professionnel tel qu'il ressort de l'extrait de compte individuel, l'assurée n'a travaillé que deux mois en 2005.!

- L'assurée a été inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 25 octobre 2002 et la dernière inscription date du 5 septembre 2005. Il ressort de l'avis médical du médecin conseil de l'OCE du 12 juin 2003 que l'assurée était en incapacité temporaire.!

- L'assurée se déclare "femme au foyer" dans sa demande de prestations de 2011.!

- L'assurée n'a jamais effectué aucune démarche pour exercer une activité professionnelle, aucun document au dossier n'atteste de la moindre recherche pour s'insérer dans le marché de l'emploi même suite à la décision de refus de prestations de 2008.!

- Bien que l'assurée s'estime malade, suite au refus de prestations de 2008, fondé sur une expertise médicale et démontrant une capacité de travail entière, aucune recherche d'emploi n'a été faite.!

- Il ressort de la dernière expertise, mise en place soit le 2 décembre 2011, que l'assurée doit se voir reconnaître une capacité de travail de 80 % dans toute activité.!

36. Le 17 juin 2013, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :!

"J'envisageais de travailler à partir de l'année 2000, d'abord à temps partiel puis à 100 %, mais je ne l'ai pas fait car je suis tombée malade. J'avais déjà des crises d'angoisse et de panique et je suis tombée en dépression. Les enfants étaient grands à ce moment-là et j'avais envie de m'occuper, de sortir de chez moi et aussi d'obtenir un revenu. Les crises ont débuté en 1998, j'avais des vertiges, de nausées et des tremblements. J'ai été suivie au CTB à la rue de Lausanne et par la Dresse V \_\_\_\_\_ à Plainpalais. Ma fille aînée est mariée et les deux autres enfants vivent encore avec moi. Ma fille a un garçon de 13 mois et je n'arrive pas à m'en occuper du tout. J'ai travaillé deux mois en EMS en 2005 mais je n'ai pas pu continuer ce travail en raison de ma santé. Je suis toujours suivie par la Dresse P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_. Je prends actuellement un médicament, je crois que c'est un somnifère, prescrit par la Dresse P \_\_\_\_\_, et je le supporte bien. Je me sens totalement incapable de travailler principalement en raison de l'agoraphobie qui m'oblige à sortir en étant toujours accompagnée. La plupart du temps je ne sors pas du tout. Je passe mes journées à la maison. Mon mari et ma fille s'occupent des courses. Je ne m'occupe d'aucune tâche ménagère. En particulier, je ne fais pas à manger et je ne nettoie pas l'appartement. Je prends six médicaments par jour, soit du Xanax Retard, un médicament pour la tension, un antidépresseur et un somnifère. Ces médicaments n'ont pas amélioré les symptômes liés à l'agoraphobie. Lors de l'expertise auprès du Dr S \_\_\_\_\_, l'entretien a duré entre 1h00-1h30. J'ai trouvé ce médecin un peu agressif dans la manière de poser ses questions".

37. Le 25 juin 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr W \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.![endif]>![if> 38. Le 18 juillet 2013, l'OAI a observé qu'une expertise n'était pas nécessaire et s'est référé à un avis du SMR du 4 juillet 2013 selon lequel aucune question complémentaire n'était requise.![endif]>![if> 39. Le 14 août 2013, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas d'observations à formuler.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).![endif]>![if> b) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 24 juillet 2011 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, eu égard au principe précité. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).![endif]>![if> 5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.![endif]>![if> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la

mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C 583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. 6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). [endif]>[if> b) L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGa) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGa) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGa], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGa, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGa (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 7. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que

l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).!

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils 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 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 294 consid. 5a in fine).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) Le

juge ne s'écarte 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 surexpertise 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 et les références). e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 non publié 9C 369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).> b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 10. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).> Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la

dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences

excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 11. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force

probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).>[if> 12. En l'espèce, il convient de déterminer le statut de l'assurée.>[if> Celle-ci est arrivée en Suisse en 1992 et n'a travaillé que deux mois en 2005. Cependant, elle a expliqué en audience de comparution personnelle que dès l'année 2000 elle avait souhaité travailler d'abord à temps partiel puis à 100 % car ses enfants, nés en 1992, 1993 et 1999 étaient plus grands; elle souhaitait sortir de la maison et obtenir un revenu. En raison de son état de santé elle n'avait pas été à même d'assumer une activité professionnelle, les crises d'angoisse et de panique ayant débuté déjà en 1998 et une dépression étant survenue ensuite. L'absence de recherche d'emploi relevée par l'intimé s'explique ainsi par la survenance d'un état maladif alors que la recourante n'avait pas encore la ferme intention, soit en 1998, de recommencer à travailler. La recourante a d'ailleurs tenté par la suite de prendre un emploi en 2005 qu'elle a dû abandonner en raison de son état de santé. Dans ces conditions il convient de retenir un statut d'active à 100 %. S'agissant de l'évaluation de l'état de santé de la recourante, le Dr S\_\_\_\_\_ a rempli un rapport d'expertise le 2 décembre 2011 concluant à un diagnostic de trouble panique et dysthymie et à une capacité de travail de 80 %. Ce rapport est mis en doute par les constatations faites quelques mois auparavant par la Dresse P\_\_\_\_\_, laquelle, dans ses rapports des 14 juin et 13 juillet 2011, mentionne notamment un épisode dépressif majeur sévère et une incapacité de travail totale. 13. Au vu de ces conclusions très divergentes, il convient d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr W\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à

Genève.>[if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : 1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr W\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :>[if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause.>[if> b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme E\_\_\_\_\_, notamment la Dresse P\_\_\_\_\_.>[if> c. Examiner Mme E\_\_\_\_\_.>[if> d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:>[if> e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?>[if> f. Quelles sont les plaintes de Mme E\_\_\_\_\_ ?>[if> g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme E\_\_\_\_\_ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?>[if> h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?>[if> i. Mme E\_\_\_\_\_ suit-elle un traitement adéquat ?>[if> j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?>[if> k. Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité d'une activité lucrative ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?>[if> l. Etes-vous d'accord avec le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2011 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail à 80 % ? Si non, pourquoi ?>[if> m. Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ des 14 juin et 13 juillet 2011, en particulier avec les diagnostics posés et la constatation d'une incapacité de travail totale depuis 2009 ?>[if> n. Quel est le pronostic ?>[if> o. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 20 août 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses

qui varient ? Si oui, pourquoi ?

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le

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