

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1627/2018

ATAS/652/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 juillet 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1972, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) le 2 décembre 2013, alléguant souffrir de « douleurs aiguës, insomnies, dépression, absence de concentration et manque de confiance en soi ».

Elle s'est inscrite au chômage le 8 décembre 2011 et a travaillé en dernier lieu en qualité de commise administrative à l'office cantonal de l'emploi de 2012 à 2013. Elle est en incapacité de travail depuis le 9 décembre 2013 selon un certificat du docteur B\_\_\_\_\_.

2. Dans un rapport du 16 février 2014, la doctoresse C\_\_\_\_\_, généraliste, a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 9 décembre 2013 et que sa patiente souffrait d'un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, de céphalées aiguës et d'épigastralgies sur gastrite aiguë. Elle a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis cette date, quelle que soit l'activité envisagée.

3. Le 24 avril 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique.

Le médecin a expliqué que sa patiente avait travaillé en tant que vendeuse dans un magasin de surface entre 1999 et 2011, qu'elle avait commencé à présenter des crises d'anxiété avec des attaques de panique et une symptomatologie dépressive sévère depuis son licenciement en 2011, qu'elle avait en effet été très touchée par ce licenciement et s'était fait beaucoup de soucis pour son avenir professionnel. Il a précisé que « cet événement traumatisant a déclenché des idées suicidaires chez sa patiente qui a voulu se noyer dans le lac. Comme le suicide est péché dans sa religion, elle a pu se retenir de ne pas passer à l'acte ».

Le médecin a ajouté que « la patiente a l'impression de ne pas être reconnue dans son effort et dans son investissement au travail. Elle se sent incomprise dans sa souffrance psychique par son employeur. Elle se plaint de difficultés de concentration et de l'attention avec troubles de la mémoire. Elle souffre de troubles du sommeil sous forme de réveils nocturnes et de réveils matinaux précoces. Elle se fait beaucoup de soucis par rapport à ses enfants et à son époux. Elle se met en question concernant ses compétences d'assurer son rôle de mère et d'épouse. Elle évoque une perte de l'intérêt et du plaisir, une fatigue persistante et une humeur triste avec des idées noires. (...) Elle ne supporte plus les conditions et le contexte de travail dans la vente et souffre de difficultés à gérer le stress face aux clients. Elle se met sous pression cherchant la perfection et s'épuise. Il est difficile pour elle de continuer à travailler dans cette voie. Au vu de ce qui précède, il est indispensable qu'elle fasse une reconversion professionnelle. Elle souhaite travailler comme coiffeuse. Elle s'investit beaucoup et démontre une bonne motivation pour y arriver. Je trouve que ce projet est tout à fait adéquat et je ne peux que l'appuyer dans ce choix d'autant plus qu'elle en a largement les capacités ».

---

Selon le médecin, l'assurée est ainsi incapable de travailler à 100% depuis le 30 janvier 2014 en qualité de vendeuse, elle est toutefois apte à effectuer une formation.

Il précise qu'elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée à raison d'une fois par semaine.

4. Interrogée par l'OAI, la Dresse D\_\_\_\_\_ a précisé le 27 octobre 2014 que « depuis mon rapport AI du 24 avril 2014, *l'assurée* se sent faible, impuissante, découragée, désespérée, épuisée et dépassée. Elle n'a plus de patience, ni de motivation, ni de plaisir. La patiente pleure beaucoup et crie à la maison avec une baisse de résistance au stress. Le discours est entrecoupé souvent par les pleurs. Elle présente des difficultés à maintenir la concentration et l'attention. *L'assurée* est distraite et oublie beaucoup, ce qui l'angoisse davantage. La patiente souffre de troubles du sommeil et de cauchemars. Elle se sent étouffée ayant l'impression de s'évanouir dans les lieux fermés. La patiente devient toute rouge dans des situations angoissantes et a très peur que les gens la voient rougir « éreutrophobie ». Elle a honte de rougir devant les gens et fait des crises d'angoisse et des attaques de panique notamment le souffle coupé, la palpitation, le tremblement, la transpiration, les jambes en coton, les fourmillements à la nuque, les céphalées, les vertiges, la boule à l'estomac et le ballonnement. Ayant l'impression qu'ils la jugent et qu'ils la trouvent gravement malade, elle est vite déstabilisée et angoissée lorsqu'elle reçoit des visites et fait tout pour les éviter. C'est pourquoi elle ne sort plus et n'accepte pas que les gens viennent chez elle. La patiente présente un retrait social important. Elle souffre toujours de crises migraineuses évitant les bruits et la lumière. Elle se plaint d'une fatigue, d'un état d'abattement, d'un manque d'élan vital. Elle présente une thymie triste avec des ruminations, une asthénie, une anhédonie, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Elle souffre également d'un manque d'estime de soi lié aux circonstances professionnelles. La patiente présente actuellement des difficultés à prendre des initiatives et des décisions en se sentant en échec. Elle se sent perdue et oublie tout. La patiente souffre d'insomnie et elle est très inquiète de ne plus pouvoir dormir. Elle exprime souvent un sentiment de culpabilité, de dévalorisation avec une mauvaise image d'elle-même. La patiente est fragile et vulnérable au stress. Elle se sent vite démunie et découragée face à ses problèmes psychiques et aux événements extérieurs. Elle a encore besoin de temps pour retrouver un bon équilibre psychique. L'état anxio-dépressif de la patiente persiste et son état psychique actuel ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle. À noter que la patiente bénéficie d'une incapacité de travail depuis le 16 novembre 2016 (le 30 janvier 2014) pour une durée indéterminée ».

De nouvelles questions ont été posées à la Dresse D\_\_\_\_\_ le 5 mai 2015. Celle-ci a répondu le 20 juillet 2015 que l'évolution de l'état psychique de l'assurée depuis son rapport du 27 octobre 2014 était en dents de scie, précisant qu'« elle se sent faible, épuisée, impuissante, découragée, désespérée et dépassée ». Le pronostic est réservé. Elle confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel

sévère sans symptôme psychotique et de trouble panique, d'hypercholestérolémie et de migraine. Une rente AI à 100% est, selon elle, primordiale.

5. Dans un rapport du 18 juin 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a déclaré que la patiente présentait des difficultés à de nombreux niveaux dans les domaines mnésiques et exécutifs et a noté un très fort ralentissement dans la plupart des activités.

L'assurée souffre d'une forte dépression, d'angoisse et prend des anxiolytiques et antidépresseurs. Ces trois facteurs sont susceptibles d'introduire des difficultés de concentration, et un ralentissement. Toutefois cette importante dépression ne provoque pas uniquement un ralentissement, elle induit également un comportement de lassitude et une difficulté de mobilisation des capacités cognitives. Les résultats à la TOMM (*Test of Memory Malinger*) montrent une difficulté de mise en route, mais pas de défaut d'effort. L'assurée désire ardemment retrouver un travail et une demande AI a été faite pour un reclassement professionnel.

6. La doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, du SMR, a procédé à un examen clinique psychiatrique les 17 août et 30 novembre 2016. Elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission complète. Elle a indiqué que

« le 17 août 2016 et le 30 novembre 2016, l'assurée ne verbalise pas spontanément de plaintes somatiques, elle ne présente pas de sentiment de détresse ni de comportement algique tout au long de l'entretien. Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité morbide.

Le diagnostic de difficultés dans les rapports avec le conjoint n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Dans la vie quotidienne, l'assurée déclare ne plus assumer ses responsabilités. Cependant, le ménage dans l'appartement de 5 ½ pièces à Genève est assumé par la sœur de l'assurée qui passe chez elle tous les jours et sa fille. Le mari fait les courses seul à tour de rôle avec la sœur de la patiente. L'assurée possède des ressources personnelles d'adaptation au changement, mais également des ressources mobilisables (soutien de la famille, psychiatre traitant, adhésion à la thérapie).

La vie sociale est restreinte, mais l'assurée est soutenue par les membres de sa famille qu'elle voit régulièrement.

L'assurée est partie en vacances au Kosovo la dernière fois en été 2015.

À noter que selon les dires de l'assurée, son état ne s'est jamais amélioré et depuis août 2016, elle est au pire de sa forme. Or, à l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de signes florides de la ligne dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

L'épisode dépressif sévère (codé comme un épisode dépressif moyen), diagnostic anamnestique, objectivé par la Dresse D\_\_\_\_\_ est en rémission complète.

Vu les déclarations de l'assurée et des RM du psychiatre traitant et du médecin traitant, et pour savoir si l'amélioration objectivée est durable, une nouvelle évaluation psychiatrique a été effectuée le 30 novembre 2016.

À l'examen clinique du 17 août 2016, nous avons objectivé une amélioration de l'état de l'assurée au niveau de la symptomatologie dépressive, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et de l'appétit.

Le 30 novembre 2016, le status psychiatrique était superposable à celui du 17 août 2016, avec une amélioration durable de l'état de l'assurée, qui pourrait être considéré comme stabilisé.

Sur la base de notre observation clinique des 17 août et 30 novembre 2016, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité et ceci depuis le 17 août 2016, date de l'amélioration de son état ».

La Dresse F\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ce depuis le 17 août 2016.

7. Dans une note du 31 mars 2017, le SMR a recommandé de reconnaître une incapacité entière de travail limitée dans le temps, soit du 9 octobre 2013 au 1<sup>er</sup> août 2016.
8. Le 28 juin 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel le droit à une rente entière d'invalidité lui était reconnu du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 novembre 2016.

L'OAI a précisé qu'au vu de la capacité de travail entière quelle que soit l'activité envisagée, aucune mesure professionnelle ne pouvait être accordée.

9. Le 22 juillet 2017, l'assurée, étonnée de la conclusion de l'OAI, selon laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière, a demandé à être entendue.
10. Le 28 août 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a répété que l'état de santé actuel de sa patiente, tant sur le plan psychique que physique, ne lui permettait pas de travailler.
11. Dans un rapport du 4 septembre 2017, la Dresse D\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, trouble panique, phobies spécifiques, difficultés dans les rapports avec l'époux, hypercholestérolémie et migraines. Elle précise qu'elle ne partage pas l'avis des médecins du SMR, « étant donné que l'état psychique de la patiente est toujours perturbé sans changement significatif ». Elle indique que sa patiente n'a jamais fait de dépression avant janvier 2014, mais que son licenciement a déclenché des idées suicidaires chez elle et qu'elle a voulu se noyer dans le lac. Elle a pu se retenir en se disant qu'elle n'avait pas le droit de faire souffrir ses enfants et sa famille. Depuis lors, elle est très déprimée avec un sentiment de culpabilité, des idées noires et suicidaires et des idées de ruines, étant complètement perdue. Elle

reste chez elle, ne voulant plus voir personne, ayant honte de rencontrer des gens, durant au moins un mois, ce qui justifie le diagnostic d'état dépressif.

La Dresse D\_\_\_\_\_ relève que selon le médecin du SMR, « la patiente n'a pas été hospitalisée dans un milieu psychiatrique et n'a pas été suivie par les psychiatres jusqu'à la fin de ses droits du chômage. Selon elle, le médecin du SMR n'a pas tenu compte des croyances, des coutumes, des traditions, ainsi que de la culture de la patiente. Pour la patiente, il était encore grave et honteux d'être hospitalisée dans un milieu psychiatrique ou d'avoir un suivi psychiatrique. Malgré le fait que son médecin traitant a beaucoup insisté pour un tel traitement, elle ne l'a pas accepté par la crainte d'être stigmatisée ou d'être jugée par son entourage. Elle est allée au Kosovo pour voir sa mère qui était très malade. Je l'ai encouragée d'y aller en espérant que ses troubles psychiques vont s'améliorer. Elle se sent également incomprise dans sa souffrance psychique. Elle a de la peine à accepter sa situation, trouvant injuste ce qui lui est arrivé, malgré tout son effort au long de sa vie. Étant sans emploi depuis son licenciement, le 29 novembre 2011, la patiente a progressivement perdu ses aptitudes et ses capacités professionnelles. Elle est actuellement dans une régression et n'arrive plus à assumer même les tâches de la vie quotidienne. Elle présente des difficultés à prendre des initiatives et des décisions. Elle se sent incapable de faire une formation, ni une réinsertion professionnelle en disant qu'elle n'a plus la capacité de retenir les informations et qu'elle oublie beaucoup. Elle présente surtout des troubles de la mémoire antérograde. Son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle aujourd'hui encore avec le même pourcentage d'incapacité qu'elle présentait depuis le 30 janvier 2014, à savoir 100% d'incapacité de travail ».

12. Par courriel du 7 septembre 2017, l'assurée a dit ne pas comprendre pour quelle raison sa demande de rendez-vous avait été ignorée et se plaint de n'avoir pas reçu au moins une copie du rapport établi par la Dresse F\_\_\_\_\_.
13. Dans une note du 6 décembre 2017, le médecin du SMR s'est déterminé sur le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 28 août 2017 et sur celui de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2017. Il considère que la Dresse C\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément convaincant concernant une éventuelle aggravation, et constate que la Dresse D\_\_\_\_\_ et l'experte ont une différente appréciation du même état, de sorte que les conclusions du dernier examen SMR restent valables.
14. Par décision du 12 avril 2018, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 novembre 2016.
15. L'assurée a interjeté recours le 14 mai 2018 contre ladite décision. Elle fait valoir que son état de santé ne s'est en aucun cas amélioré en août 2016. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.
16. Le 14 mai 2018, la Dresse D\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans qu'elle s'opposait à la décision de l'OAI du 12 avril 2018, confirmant que l'état psychique

de sa patiente ne lui permettait pas de travailler et que sa capacité de travail était nulle.

17. Dans sa réponse du 7 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que les antidépresseurs n'ont pas été changés depuis des années et qu'aucun contrôle n'a été effectué pour vérifier la compliance de l'assurée. Il en conclut qu'on ne peut dans ces conditions retenir un échec ou une résistance au traitement. Il rappelle que selon l'experte SMR, un trouble de la personnalité a été exclu. Il n'y a ainsi pas de gravité fonctionnelle des troubles présentés par l'assurée. Par ailleurs, le réseau familial et amical lui procure des ressources mobilisables indéniables.

L'OAI relève par ailleurs que les troubles causés par des facteurs sociaux qui sont appelés à disparaître en même temps que ces facteurs ne donnent pas droit à une rente d'invalidité. Or, le facteur déclenchant de la symptomatologie antidépressive réactionnelle qui s'est installé progressivement et qui s'est aggravé en décembre 2013, est un licenciement survenu en novembre 2011.

Il considère enfin que les rapports des Dresses C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ des 28 août et 4 septembre 2017 n'apportent aucun élément nouveau et que la psychiatre traitante fait une appréciation différente de la capacité de travail sur la base d'un même état de fait.

18. Dans sa réplique du 4 juillet 2018, l'assurée s'est déterminée sur le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_. Elle relève que celle-ci ne l'a vue pour établir son rapport d'expertise que trois heures environ, alors que selon l'avis d'un « expert indépendant pratiquant à Genève, une telle expertise devrait prendre jusqu'à une année et demi de temps ». Elle en conclut que ce rapport ne pouvait avoir été établi correctement.

Elle n'accepte pas d'avoir été traitée par la Dresse F\_\_\_\_\_ de pleurnicheuse et constate que ce médecin énumère les membres de sa famille en les prenant eux aussi comme des proches aidants ou des babysitters bénévoles et permanents. Elle rappelle que sa dernière activité lucrative remonte à novembre 2011, qu'elle a bientôt 47 ans, qu'elle est sans formation, qu'elle ne maîtrise pas bien le français, qu'elle est malade et perturbée et se demande comment la Dresse F\_\_\_\_\_ a pu raisonnablement conclure qu'elle pouvait travailler à 100% « sans se poser la question de savoir qui et comment va-t-on m'engager dans de telles circonstances ?!! ».

19. Dans sa duplique du 31 juillet 2018, l'OAI a déclaré maintenir ses précédentes conclusions. Il se fonde sur l'avis du médecin du SMR du 26 juillet 2018 se prononçant sur les deux rapports produits par l'assurée dans le cadre de sa réplique, soit celui du 14 mai 2018 de la Dresse D\_\_\_\_\_ et celui du 6 juin 2018 de la Dresse C\_\_\_\_\_.

Dans son avis, le médecin du SMR rappelle qu'il s'est déjà déterminé sur le plan psychiatrique, et fait valoir que des épigastralgies sur reflux gastro-œsophagien et une colopathie fonctionnelle ne constituent pas en soi des symptômes motivant une

---

incapacité de travail, et relève que le diagnostic de douleurs chroniques, tel qu'une fibromyalgie, ne faisait pas partie des plaintes de l'assurée lors de l'examen clinique au SMR. En l'absence de diagnostic chez une assurée présentant des ressources personnelles et externes, une fibromyalgie ne serait quoi qu'il en soit pas incapacitante. Aucun élément objectif quant à des gonalgies sur gonarthrose n'est avancé. Les céphalées, migraines et/ou névralgies d'Arnold sont des éléments subjectifs et n'entraînent en général pas d'incapacité de travail au long cours. Aucun examen neurologique objectif connu n'a à cet égard été apporté au dossier. Quant aux plaintes de douleurs cervico-dorsales, elles demeurent subjectives. Il n'y a du reste pas non plus de documents radiologiques, ni d'examen clinique à leur sujet.

20. Le 8 septembre 2018, l'assurée s'est plus particulièrement plainte de ce que « même mes simples demandes, de contact direct ou d'aide d'explicative, sont restées sans réponse « puisque pas appréciées par ces derniers », tout comme les rapports de mes médecins, eux aussi considérés de même nature ! ».
21. La Dresse D\_\_\_\_\_ a, le 11 septembre 2018, répété que l'état psychique de sa patiente s'était aggravé et que les plaintes et les symptômes dont elle avait souffert durant la période 2014-2016 s'étaient péjorés.
22. Ce courrier a été transmis à l'OAI pour information et la cause gardée à juger.

#### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).  
  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.
4. a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

c. Selon l'art. 88a al. 1 RAI si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement

---

n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI) la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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.

6. 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 malade, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le

cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. 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.

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. 28a al. 1 LAI).

8. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
11. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).
12. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).
13. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la

---

fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

14. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une

---

expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

15. 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, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles 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 œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

16. En l'espèce, il s'agit de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision au 17 août 2016, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

---

condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

L'OAI a considéré qu'il y avait un motif de révision, sur la base du rapport établi par la Dresse F\_\_\_\_\_ du SMR (ci-après le médecin du SMR) les 17 août et 30 novembre 2016, et selon lequel la capacité de travail de l'assurée est à nouveau de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ce depuis le 17 août 2016, pour ne lui reconnaître qu'une incapacité entière de travail limitée dans le temps, soit du 9 octobre 2013 au 1<sup>er</sup> août 2016.

17. Il s'agit préalablement de déterminer si ce rapport peut se voir reconnaître valeur probante, étant rappelé que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur.
18. L'assurée reproche au médecin du SMR de ne l'avoir vu pour établir son rapport que trois heures environ, alors que, selon l'avis d'un « expert indépendant pratiquant à Genève, une telle expertise devrait prendre jusqu'à une année et demi de temps ». Elle en conclut que cette expertise ne pouvait avoir été réalisée correctement.

La durée de l'entretien ne constitue pourtant pas le seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien, mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3 ; ATAS/1011/2011). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). Il y a quoi qu'il en soit lieu de distinguer le travail effectué par un expert, dont la mission est de répondre à un certain nombre de questions dans le cadre d'un litige plus particulièrement et à un moment déterminé, de celui mené par le médecin traitant chargé de traiter l'assuré sur une longue durée. Aussi la durée de l'entretien importe-t-elle peu pour déterminer la valeur probante d'un rapport médical, ce d'autant moins en l'espèce, du fait qu'une deuxième évaluation a été effectuée le 30 novembre 2016 au vu des déclarations de l'assurée et des rapports de la Dresse D\_\_\_\_\_ et du médecin traitant.

Cela étant, la chambre de céans observe que le médecin du SMR a analysé de manière circonstanciée les données anamnestiques, qu'il a décrit le contexte

médical avec précision. Il a en outre procédé à un examen approfondi de l'assurée, et l'a vue à deux reprises.

Partant, rien ne s'opposerait de prime abord à ce que le rapport de ce médecin remplisse toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

19. Le médecin du SMR a constaté que l'état de l'assurée n'avait pas nécessité d'hospitalisation dans un milieu psychiatrique, ni de suivi par un psychiatre avant le 30 janvier 2014, date à laquelle celle-ci avait consulté la Dresse D\_\_\_\_\_.

L'assurée explique à cet égard que le médecin du SMR n'a ainsi pas tenu compte des croyances, des coutumes, des traditions, ainsi que de sa culture. Elle considère en effet qu'il aurait été honteux pour elle d'être hospitalisée dans un milieu psychiatrique ou d'avoir un suivi psychiatrique. Malgré le fait que son médecin traitant avait beaucoup insisté pour un tel traitement, elle ne l'avait pas accepté par la crainte d'être stigmatisée ou d'être jugée par son entourage.

On pourrait, au vu de ces précisions, admettre que ce n'est pas parce que son état ne lui paraissait pas suffisamment préoccupant que l'assurée n'avait pas souhaité consulter un psychiatre avant le 30 janvier 2014.

Il y a quoi qu'il en soit lieu de rappeler que le médecin du SMR a reconnu une incapacité de travail à compter du 9 octobre 2013 déjà, quand bien même l'assurée n'a vu la Dresse D\_\_\_\_\_ pour la première fois que le 30 janvier 2014.

20. Au fond, le médecin du SMR a constaté, à l'examen clinique du 17 août 2016, que l'assurée ne souffrait ni de dépression, ni d'aucune autre atteinte psychiatrique incapacitante, et à celui du 30 novembre 2016, que le status psychiatrique était superposable à celui du 17 août 2016, de sorte que l'état de l'assurée pouvait être considéré comme stabilisé. Aussi a-t-il conclu que la capacité de travail était de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le jour de son premier examen, soit le 17 août 2016. S'agissant de la période antérieure à cette date, il a considéré qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour confirmer l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant et a suggéré à l'OAI d'admettre, dans ces conditions, un taux de 100% du 9 octobre 2013 jusqu'à juin 2016.

21. a. L'assurée conteste les conclusions du médecin du SMR, selon lesquelles son état de santé se serait amélioré dès le 17 août 2016.

Elle fait valoir, d'une part, que la Dresse C\_\_\_\_\_ a au contraire confirmé, le 28 août 2017, que son état de santé, tant sur le plan psychique que physique, ne lui permettait pas de travailler et, d'autre part, que la Dresse D\_\_\_\_\_ a rappelé, le 4 septembre 2017, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, trouble panique, phobies spécifiques, difficultés dans les rapports avec l'époux, hypercholestérolémie et migraines depuis.

b. Dans son rapport des 17 août et 30 novembre 2016, le médecin du SMR s'est déterminé sur le diagnostic d'état anxio-dépressif aigu avec attaques de panique plus particulièrement posé par la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 avril 2014, considérant quant à lui qu'il s'agissait d'un épisode moyen avec syndrome somatique en rémission complète. Il explique en effet n'avoir pas pu mettre en évidence de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Il précise avoir écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, au motif que les critères cliniques de la CIM-10 n'étaient pas réunis. Il rappelle que, selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen, ou sévère en l'absence de tout antécédent, d'épisodes indépendants, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée et également les incapacités de travail à 100% attestées par les médecins traitants, l'état de celle-ci est stationnaire, sans amélioration significative depuis 2013. Or, selon la CIM-10, entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif, ce qui n'est pas le cas de l'assurée.

Le médecin du SMR en a conclu que « l'épisode dépressif sévère (codé comme un épisode dépressif moyen), diagnostic anamnestique objectivé par la Dresse D\_\_\_\_\_, est en rémission complète » et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. Il y a toutefois lieu de constater que selon ce même médecin, « l'assurée présente des périodes où elle se sent un peu mieux, mais la plupart du temps, elle se décrit comme fatiguée et déprimée, tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Elle rumine et se plaint, dort mal et perd confiance en elle-même », note que l'assurée ne présente pas spontanément de plaintes somatiques, mais souligne que l'assurée pleure sur son sort et se positionne dans un rôle de victime, et relève enfin que l'assurée ne souffre pas de fatigue, mais se plaint que tout la fatigue (les repas, le ménage, ...). Force est de s'étonner que ces constatations puissent néanmoins conduire le médecin du SMR à conclure à une rémission, sans même qu'elles les commentent.

Ce qui précède suffit à faire douter sérieusement des conclusions du médecin du SMR et, partant, de leur valeur probante.

On ne saurait dans ces conditions affirmer qu'il y a eu amélioration de l'état de santé dès août 2016. La Dresse D\_\_\_\_\_ ne se détermine certes pas expressément sur la rémission invoquée par le médecin du SMR, mais affirme que l'état psychique de l'assurée est « sans changement significatif ». Elle fait même état de la survenance d'une aggravation.

c. Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, « étant sans emploi depuis son licenciement, le 29 novembre 2011, l'assurée a progressivement perdu ses aptitudes et ses capacités professionnelles. Elle est actuellement dans une régression et n'arrive plus à assumer même les tâches de la vie quotidienne. Elle présente des difficultés à prendre des initiatives et des décisions. Elle se sent incapable de faire une

formation, ni une réinsertion professionnelle en disant qu'elle n'a plus la capacité de retenir les informations et qu'elle oublie beaucoup. Elle présente surtout des troubles de la mémoire antérograde. Son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle aujourd'hui encore avec le même pourcentage d'incapacité qu'elle présentait depuis le 30 janvier 2014, à savoir 100% d'incapacité de travail ».

L'OAI considère que la Dresse D\_\_\_\_\_ fait ainsi une appréciation différente de la capacité de travail sur la base d'un même état de fait.

Or, il apparaît au contraire que ce sont plutôt les conclusions du médecin du SMR qui constituent une nouvelle appréciation de la capacité de travail résiduelle, alors que l'état de fait est resté inchangé. En effet, la description que donne le médecin du SMR de l'état de l'assurée correspond plus ou moins à celui figurant dans les rapports établis en 2014. Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, « son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle aujourd'hui encore avec le même pourcentage d'incapacité qu'elle présentait depuis le 30 janvier 2014, à savoir 100% d'incapacité de travail ».

Il convient à cet égard de rappeler que seul un 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, et que tel n'est pas le cas d'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé.

d. Au surplus, l'assurée se plaint d'avoir été traitée par celui-ci de « pleurnicheuse » et ne comprend pas que celui-ci ait considéré les membres de sa famille comme des proches aidants ou des babysitters bénévoles et permanents.

Selon le médecin du SMR en effet, l'assurée ne s'occupe plus de son ménage, n'a pas envie de préparer les repas, ne sort pas seule, les courses étant assumées par son mari seul ou par sa sœur, sa vie sociale est pauvre, elle ne voit que les membres de sa famille qui la soutiennent et ne part plus en vacances en raison de son état de santé.

Il en a conclu que le réseau familial et amical procurait à l'assurée des ressources mobilisables indéniables.

Il est vrai qu'il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui

encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_785/2014).

C'est en application de ce principe que le médecin du SMR a tenu compte de l'aide apportée par la sœur ou le mari pour les tâches ménagères et les courses. Dans le cas où le statut du demandeur AI est celui d'une ménagère ou d'une ménagère mixte, une enquête à domicile est menée pour déterminer ce que peut encore assumer le demandeur, et on tient du reste compte dans ce cadre de l'aide des proches. Cette aide ne peut toutefois dépasser 20-30%.

Or, il résulte des constatations du médecin du SMR que l'assurée ne fait en réalité plus rien. Celui-ci ne pouvait sérieusement considérer que, parce que la famille de celle-ci lui apporte toute l'aide dont elle a besoin, la capacité de travail de l'assurée soit pleine et entière.

e. On ne saurait ainsi admettre que les conclusions du médecin du SMR puissent motiver valablement une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Aussi le recours est-il admis, en ce sens que l'assurée a droit au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet, en ce sens que l'assurée a droit au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
4. 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 - RS 173.110); 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le