

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3908/2013

ATAS/258/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mars 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à CHENE-BOUGERIES

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1968, d'origine française, vivant en Suisse depuis août 1997, a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), le 18 octobre 2001, une demande visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et d'une rééducation dans la même profession. Elle a expliqué qu'en portant une très lourde charge durant une mission pour le service traiteur X_____ le 8 mai 1999, elle avait souffert d'une tendinite, puis des kystes arthrosynoviaux étaient apparus au poignet droit. Ces kystes occasionnent des douleurs intenses et une mobilité très réduite du poignet. Elle précise avoir trouvé un emploi dans le secrétariat depuis avril 2001 à 70% et ne pouvoir envisager d'augmenter ce taux, malgré les difficultés économiques.
2. Sur demande de l'OAI, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE) a indiqué le 20 novembre 2001 que l'assurée était au bénéfice d'indemnités de l'assurance-chômage depuis le 5 juin 2000, qu'elle avait reçu des prestations cantonales en cas de maladie (PCM) du 15 janvier au 19 mars 2001 et qu'elle se trouvait en gain intermédiaire depuis le 2 avril 2001 au Théâtre Y_____ en qualité de secrétaire.
3. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a, dans un rapport du 18 décembre 2001 adressé à l'OAI, retenu, à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un kyste arthrosynovial du poignet droit, et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un carpe bossu existant depuis environ un an avant la première consultation datant du 1^{er} octobre 2000. L'exérèse de trois kystes arthrosynoviaux du poignet a été réalisée le 15 janvier 2001. Il estime l'incapacité de travail à 100% du 15 janvier au 20 février 2001, à 50% du 21 février au 18 mars 2001, et à 0% dès le 19 mars 2001 en tant que serveuse de restaurant. Il précise que la profession en tant que sommelière est possible à plein temps, mais avec un rendement de 80% de suite. L'assurée serait en revanche capable de travailler à 100% avec une capacité de 100% de suite en tant que réceptionniste, téléphoniste, etc. Il indique que l'état de santé de l'assurée est stationnaire, mais ajoute que l'assurée ne l'a plus reconsulté, préférant être suivie par la Doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.
4. Dans un rapport du 24 août 2002, la Dresse B_____ a posé le diagnostic de status post intervention pour un kyste du poignet droit le 15 janvier 2001, avec douleurs au poignet et à l'avant-bras après efforts. Elle indique que la patiente ne présente pas d'incapacité de travail actuellement.
5. Par décision du 22 octobre 2002, l'OAI a rejeté sa demande, considérant qu'elle était à même d'exercer son activité lucrative habituelle à 80%.
6. L'assurée a été hospitalisée du 29 novembre au 10 décembre 2010 au service de gastro-entérologie et d'hépatologie en raison de sa maladie de Crohn avec iléite

active focale, colite active focale au niveau du côlon ascendant et descendant, abcès péri-anaux gauches et au niveau des grandes lèvres.

7. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 3 janvier 2011, au motif qu'elle souffre de maladies chroniques (Biermer et Crohn), de dépression et d'anémie, étant précisé qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative depuis le 7 avril 2010.
8. Un rapport d'expertise a été réalisé par le Dr C_____, psychiatre, à la demande de la ZURICH ASSURANCES le 16 août 2010. Le Dr C_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen, actuellement en rémission partielle. La capacité de travail de l'assurée est nulle jusqu'au 16 septembre 2010, et de 50% jusqu'au 1^{er} octobre 2010. A partir de cette date, sa capacité de travail est pleine et entière, soit de 100%, avec un rendement conservé à 100%, dans son ancien emploi d'assistante de direction. La capacité de travail est susceptible d'être augmentée par la poursuite de son travail psychothérapeutique actuellement conduit par le Dr D_____, et par la poursuite de son traitement psychopharmacologique. Un suivi étroit de son anémie de Biermer est également nécessaire, afin d'éviter une aggravation de sa symptomatologie dépressive. L'expert a relevé que d'un point de vue professionnel, l'assurée présente des arrêts de travail prolongés, à des pourcentages variables, depuis l'automne 2009, date à compter de laquelle ses conditions de travail se sont nettement dégradées. Il explique à cet égard qu'« elle a été soumise sur son lieu de travail à une augmentation de ses tâches professionnelles, dans un contexte de stress relationnel important avec le licenciement de plusieurs de ses collègues. Ainsi, malgré une importante promotion qu'elle a pu obtenir en janvier 2009 lorsqu'elle est devenue assistante de direction (elle travaillait en tant que secrétaire depuis avril 2001), l'assurée n'arrive plus « à tenir le coup » ». Selon l'expert, « nous constatons actuellement une absence de pathologie psychiatrique invalidante, empêchant l'expertisée de travailler dans un endroit adapté sans surcharge de travail excessive, ni stress. Toutefois, tenant compte de la surcharge psychologique de l'investiguée et de ses conditions de travail difficiles, et afin d'augmenter les chances d'une reprise professionnelle progressive, nous proposons de prolonger l'incapacité de travail totale jusqu'au 16 septembre 2010. Par la suite, une reprise à 50% devrait être envisagée jusqu'au 1^{er} octobre 2010, lorsque sa capacité de travail sera pleine et entière, de même que son rendement professionnel. Soulignons que l'investiguée ne partage pas la vision de l'expert quant à un retour sur le lieu de travail et elle n'arrive pas à se positionner quant à son désir de retourner vers son travail actuel ou vers une recherche d'un autre emploi. (...) Confrontée au décalage existant entre ses plaintes subjectives et les constatations objectives, ainsi qu'aux éléments objectifs suggérant une amélioration de son état dépressif, l'expertisée s'est montrée irritée ».
9. Dans un rapport du 14 février 2011, la Dresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de maladie de Crohn, iléite, colite ascendant et descendant, abcès péri-anaux et vulvaires depuis 2010. Elle estime

l'incapacité de travail entière depuis le 7 avril 2010, au motif qu'il lui est impossible d'effectuer un travail assis, avec une concentration intellectuelle en raison de douleurs. Selon elle, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. A la question de savoir quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assurée dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations, le médecin a répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de l'OAI.

10. Un rapport d'évaluation a été établi le 7 mars 2011. Le contexte du dépôt de la demande est décrit comme suit :

« L'assurée, 42 ans, divorcée, de nationalité suisse, occupe le poste d'assistante de direction au Théâtre Y_____. Elle travaille dans ce théâtre depuis 2001. Son assureur perte de gain (ZURICH ASSURANCES) a suggéré le dépôt d'une demande de prestations auprès de notre office. L'incapacité de travail, de 100% depuis le 7 avril 2010, est due à la maladie de Crohn, une dépression est également mentionnée : Une maladie de Biermer ayant impliqué six mois d'incapacité totale de travail en 2006 est stabilisée, moyennant une injection tous les trois mois. A noter que la maladie de Crohn a été diagnostiquée en automne 2010 seulement, et que selon les dires de notre assurée, cette maladie explique les symptômes présents depuis de nombreux mois à l'origine des périodes d'incapacité. L'assurée nous informe que les troubles dont elle imaginait une cause psychique seraient en fait expliqués par la maladie de Crohn ».

Il est ainsi constaté que la maladie de Crohn semble avoir modifié la position de l'assurée vis-à-vis de son poste de travail actuel. Elle qualifie aujourd'hui le stress impliqué par son activité professionnelle de « bon stress ». Elle aimerait réintégrer son poste si sa santé le lui permet. Elle met les difficultés rencontrées par le passé sur le compte de la maladie de Crohn.

L'assurée s'est dite très intéressée par une mesure dans le cadre de l'intervention précoce. Un coaching lui permettant d'être accompagnée vers une reprise de travail (mobilisation, confiance en soi, gestion du stress) pourrait s'avérer pertinent. Il apparaît toutefois qu'il est trop tôt pour planifier une mesure d'intervention précoce en raison de l'état de santé actuel de l'assurée, en attente des résultats d'un bilan médical prévu en mars.

11. L'assurée a informé l'OAI le 1^{er} avril 2011 qu'elle allait de mieux en mieux, qu'elle était toutefois toujours en arrêt de travail à 100%, arrêt prescrit par son médecin traitant, la Dresse E_____. Elle se sentait en effet toujours très fatiguée en raison de l'anémie et de son influence sur sa musculature. Des maux de ventre étaient toujours mentionnés, mais de moindre importance. L'assurée a déclaré pouvoir actuellement tenir environ cinq heures à l'extérieur, sans souffrir de problèmes intestinaux irrépressibles. L'assurée se dit très intéressée par une mesure MIP coaching individuel de santé, mais préfère attendre que son état de santé se stabilise. Les résultats du bilan gastro-entérologique effectué en mars 2011 par le

Dr F_____ du service de gastro-entérologie et d'hépatologie des HUG ne seront en effet connus que le 13 avril 2011.

12. Le Dr G_____, gastroentérologue, consultant HUG, a indiqué le 13 avril 2011 que l'assurée souffrait de :

« la maladie de Crohn iléo-colique et anopérinéale, plusieurs abcès incisés ; rémission digestive complète (scanner, coloscopie), minimes lésions périnéales résiduelles. Pronostic persistance de douleurs abdominales et asthénie d'origine fonctionnelle et non somatique ».

Il estime l'incapacité de travail à 100% du 21 décembre 2010 au 27 mars 2011, soulignant que cette appréciation ne concerne que la gastroentérologie, puis qu'aucune restriction de travail n'est à relever à partir du 28 mars 2011.

13. Le 14 avril 2011, l'assurée a annoncé que son état de santé s'était finalement péjoré en raison de l'évolution de la maladie de Crohn et que dès lors elle n'était plus preneuse du coaching envisagé.

14. Par courrier du 19 avril 2011, le Dr F_____ a fait état de son bilan effectué en mars 2011 et indiqué que l'évolution était excellente, puisque les ulcères de l'ilion et du caecum étaient entièrement guéris, il n'existait plus aucune atteinte digestive objectivable sur le scanner abdominal du 22 mars 2011, notamment aucun épaissement de la région du caecum, plus aucune anomalie de la FS, et plus aucun syndrome inflammatoire dans les examens sanguins du 31 mars 2011. Le médecin résume la situation comme suit :

« Origine des symptômes résiduels : vu la rémission complète luminale attestée par les examens ci-dessus, les symptômes ne peuvent être d'autre origine actuellement que fonctionnelle. Nous observons fréquemment que les symptômes fonctionnels, c'est-à-dire sans substrat somatique, subsistent après une poussée inflammatoire digestive. Ces symptômes ne doivent pas justifier une augmentation du traitement anti-inflammatoire, et répondent en général mal à la thérapie médicamenteuse, raison pour laquelle ils sont parfois plus accessibles à des « médecines douces », voire à une approche psychothérapeutique. Attention : il sera à l'avenir toujours essentiel de soigneusement distinguer chez cette patiente les symptômes qui sont d'une part d'origine fonctionnelle, d'autre part, d'origine somatique. Cela repose sur une bonne collaboration dans l'interprétation des symptômes, et parfois requiert des examens endoscopiques et radiologiques.

Etat dépressif : la patiente le mentionne souvent et il faut bien sûr en tenir compte dans l'interprétation de l'ensemble de la situation. Cela est du recours du médecin traitant.

Question asséurologique : nous avons attesté une incapacité complète de travail depuis le moment où la patiente a été suivie aux HUG jusqu'au 27.03.11. Nous estimons que la capacité de travail est complète à partir du 28.03.11, du moins pour ce qui concerne les problèmes de nature gastroentérologique. Si l'incapacité de travail devait être invoquée au-delà de cette date en raison des symptômes

résiduels, on ne pourrait pas l'attribuer à une cause somatique et elle devrait être détaillée par le médecin traitant ».

15. Par communication du 6 juin 2011, l'OAI a confirmé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était réalisable.
16. Un rapport intermédiaire a été établi par la Dresse E_____ le 23 juin 2011, aux termes duquel l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis mai 2011 en raison d'un abcès anal. Le médecin ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail, indiquant que l'assurée était en congé maternité. Le pronostic est très réservé sur le plan digestif.
17. Dans un rapport du 30 août 2011, la Dresse H_____, chef de clinique au service de psychiatrie générale, programme dépression des HUG, a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel de degré moyen, de troubles anxieux sans précision, d'une maladie de Crohn diagnostiquée en décembre 2010, d'une hypotension artérielle symptomatique et de la maladie de Biemer. Elle estime que la patiente présente une incapacité de travail de 100% depuis novembre 2010 (fluctuation de l'humeur en lien avec le trouble dépressif récurrent et des traits de personnalité émotionnellement labile, fatigue et douleurs physiques dont les répercussions sur sa capacité de travail seraient à voir avec les somaticiens).
18. Le 18 octobre 2011, l'assurée a demandé à l'OAI la réactivation de son dossier.
19. Le 1^{er} novembre 2011, la Dresse E_____ a confirmé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis mai 2011. La capacité de travail est nulle. Les limitations fonctionnelles sont l'abcès anal, les douleurs abdominales et les troubles du transit.
20. Dans une note du 17 janvier 2012, le médecin du SMR a considéré qu'il était nécessaire de demander au Dr C_____ un complément d'expertise psychiatrique.
21. Par courrier du 16 février 2012, le Dr C_____ a cependant refusé de réaliser le complément d'expertise demandé, au motif que lors de sa première expertise, après avoir montré à l'assurée un net décalage existant entre ses capacités cognitives objectivées par les matrices de Raven 1938 et ses plaintes cognitives subjectives, elle s'était montrée particulièrement agressive et menaçante, au point qu'une action juridique était actuellement en cours.

L'assurée a confirmé le 17 février 2012 qu'elle avait déposé une plainte contre le Dr C_____ auprès du Ministère public, en raison du comportement inadmissible que ce praticien avait eu à son égard.
22. L'OAI a alors mandaté le Dr I_____, psychiatre. Celui-ci a établi un rapport d'expertise le 18 mars 2013. Selon le Dr I_____, l'assurée présente une capacité de travail entière sans diminution de rendement depuis le 1^{er} octobre 2010. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent est en effet actuellement en rémission.

L'assurée présente certes une anxiété, ainsi qu'une appréhension quant à son avenir professionnel, cela d'autant plus qu'elle a été licenciée, que débutera une période de chômage, et qu'elle doit subvenir aux besoins de sa petite fille. Il s'agit-là toutefois, selon le Dr I_____, d'un symptôme isolé, et non pas d'un trouble anxieux dans le sens d'une affection psychiatrique. L'anxiété que présente l'assurée est en effet modérée, elle n'envahit pas toute sa vie psychique et plus particulièrement, elle n'est pas à l'origine d'une perturbation des processus de pensées, de sorte que le diagnostic de troubles anxieux sans précision ne doit plus être posé.

23. Le 25 juillet 2013, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, selon lequel sa demande était rejetée, constatant qu'elle avait été en incapacité totale de travailler du 6 avril au 16 septembre 2010, puis à 50% du 17 au 30 septembre 2010, mais qu'à partir du 1^{er} octobre 2010, sa capacité de travail était entière quelle que soit l'activité professionnelle envisagée. L'incapacité de travail n'avait ainsi pas duré une année.
24. L'assurée a contesté ce projet de décision le 12 août 2013, produisant plusieurs certificats d'incapacité de travail.
25. Par décision du 4 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que son inactivité depuis le 1^{er} octobre 2010 était due à un problème de manque d'emploi, et non à une atteinte à la santé.
26. L'assurée a interjeté recours le 3 décembre 2013 contre ladite décision. Elle reproche à l'OAI d'avoir ignoré les certificats médicaux qu'elle lui avait adressés le 4 septembre 2013, et d'avoir plus particulièrement fondé sa décision sur une sélection de quelques-uns d'entre eux. Elle se plaint de ne pas avoir eu connaissance du dossier sur lequel s'est basé l'OAI.
27. Le 12 décembre 2013, l'assurée a communiqué un certificat médical relatif au mois de juin 2010 qu'elle avait retrouvé.
28. Dans sa réponse du 14 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. 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.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et singulièrement sur son degré d'invalidité.
6. 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^{er} janvier 2008).
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).

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).

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).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

8. 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).

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. 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).

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).

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).

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. 3b/cc).

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).

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).

9. 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; ATF 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).

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 des 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).

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). 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).

10. En l'espèce, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr I_____ du 18 mars 2013, a retenu que l'assurée avait été incapable de travailler à 100% du 6 avril au 16 septembre 2010, puis à 50% du 17 au 30 septembre 2010, de sorte que l'incapacité de travail n'ayant duré que quelques mois, elle ne pouvait prétendre à aucune prestation AI. En effet, aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré ne peut avoir droit à une rente que s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Il y a du reste lieu d'observer que le Dr I_____ est venu confirmer la

conclusion du Dr C_____, selon laquelle l'assurée était à nouveau capable de travailler à 100% depuis le 1^{er} octobre 2010.

Le rapport d'expertise du Dr I_____ repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Il a été établi en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assuré et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites. Partant, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Cela étant, force est de relever que la capacité de travail de l'assurée a été évaluée par les Dr I_____ et C_____ sur le plan psychiatrique exclusivement. Or, il s'avère que l'assurée souffre plus particulièrement de la maladie de Crohn qui n'a été diagnostiquée que tardivement, soit en décembre 2010 seulement. A cet égard, l'assurée a expliqué que les troubles dont elle souffrait et pour lesquels elle imaginait une cause psychique, étaient en fait dus à cette maladie.

Ainsi, si sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée est à nouveau entière dès le 1^{er} octobre 2010, sur le plan gastroentérologique, elle ne l'est, selon les Drs F_____ et de G_____, qu'à partir du 28 mars 2011. La Dresse E_____ a au surplus annoncé le 23 juin 2011 que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis mai 2011 en raison d'un abcès anal. Le médecin a confirmé, le 1^{er} novembre 2011, que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis mai 2011.

Or, aucune investigation n'a été menée par l'OAI sur les troubles somatiques dont souffre l'assurée. La Chambre de céans s'étonne à cet égard que l'OAI ait jugé utile le 17 janvier 2012 de soumettre l'assurée à une expertise uniquement psychiatrique, alors que le diagnostic de la maladie de Crohn avait été posé fin 2010.

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 œuvre 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).

Il se justifie dès lors, au vu de ce qui précède, de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision 4 novembre 2013
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
5. 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