

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/435/2022

ATAS/732/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 septembre 2024**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Maître Marie-Josée COSTA, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1966, et célibataire.
- b.** Elle travaillait comme vendeuse en parfumerie, lorsqu'elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% pour des troubles psychiques dès le 22 septembre 2012.
- B.**    **a.** L'assurée a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 16 juillet 2013.
- b.** Selon un rapport établi le 9 avril 2014 par la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée présentait un trouble des conduites alimentaires de type anorexie/boulimie, associé à des troubles anxieux sévères (trouble panique, phobie sociale et trouble anxieux généralisé) ainsi qu'un épisode dépressif majeur. Elle avait travaillé comme employée en esthétique jusqu'au début de l'année 2013, puis avait dû interrompre cette activité en raison de l'aggravation de ses troubles psychiques. Elle était suivie depuis mai 2013 par la Dre B\_\_\_\_\_. À cette époque, les troubles anxieux, notamment la phobie sociale et le trouble panique, étaient au premier plan et avaient nécessité une psychothérapie de type thérapie cognitive et comportementale (TCC), qui avait permis une nette amélioration du trouble. Malheureusement, au début de l'automne, l'assurée avait présenté un épisode dépressif majeur ayant conduit à une hospitalisation de jour. Actuellement, son humeur était relativement stabilisée et l'épisode dépressif était en rémission partielle, sous traitement thérapeutique, avec un suivi par l'hôpital de jour et un suivi psychothérapeutique une fois par semaine. Sa capacité de travail actuelle était de 0%. L'assurée souhaitait reprendre une activité professionnelle, ce qui devrait se faire de façon progressive. Son traitement médicamenteux actuel comportait un antidépresseur et un anxiolytique.
- c.** L'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait établir une expertise de l'assurée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu, dans son rapport du 5 mars 2015, qu'elle souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie depuis septembre 2012 ainsi que d'un épisode dépressif moyen depuis octobre 2013 et qu'elle était totalement incapable de travailler dès le 21 septembre 2012.
- d.** Dans un rapport du 31 mars 2015, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, une incapacité de travail de l'assurée de 100% depuis le 22 septembre 2012 dans toute activité. Au vu du faible potentiel d'amélioration, il proposait une révision dans trois ans.
- e.** Par décision du 21 octobre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.
- C.**    **a.** En avril 2017, l'OAI a entamé une procédure en révision du cas de l'assurée.

- b.** Le 10 avril 2017, celle-ci lui a indiqué être suivie actuellement par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par un psychologue, à la Clinique E\_\_\_\_\_.
- b.** Selon un rapport établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 24 avril 2017, l'assurée souffrait d'un trouble anxio-dépressif, d'un trouble alimentaire et d'un trouble de personnalité. Depuis l'octroi de la rente, le trouble anxio-dépressif était bien amélioré, mais il restait fragile. Le trouble alimentaire était stabilisé. L'assurée était en hospitalisation de jour à la clinique E\_\_\_\_\_ depuis le 29 août 2016. Elle prenait du Zoloft, 200 mg par jour, du Lyrica, 150 mg par jour et du Temesta, 1 mg en réserve. Le trouble anxio-dépressif entraînait chez elle une forte réactivité émotionnelle, avec des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'une fatigue importante liée à l'anxiété. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était pas exigible et le rendement était réduit.
- c.** Le 5 octobre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée était totalement incapable de travailler et que le stress professionnel était un facteur de risque d'aggravation important.
- d.** Dans un rapport du 3 juillet 2018, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié et que sa capacité de travail était toujours nulle dans toute activité.
- e.** Par décision du 5 juillet 2018, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.
- A.**
- a.** Dans le courant du mois de mai 2020, l'OAI a procédé à une nouvelle révision du dossier de l'assurée et fait procéder à une expertise par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu, le 4 mai 2021, que celle-ci avait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dans la parfumerie.
- b.** Le 26 juillet 2021, l'OAI a rendu un projet de suppression de rente.
- c.** Le 31 août 2021, l'assurée a formé opposition à ce projet.
- d.** Le 29 septembre 2021, elle a développé les raisons pour lesquelles la suppression de la rente était contestée et produit notamment des rapports établis les 17 et 27 août 2021 par la docteure G\_\_\_\_\_, psychiatre, et le 21 octobre 2019 par le Dr D\_\_\_\_\_.
- e.** Par avis du 8 novembre 2021, le SMR a maintenu sa position.
- f.** Par décision du 7 janvier 2022, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas adéquates dans sa situation. À la lecture des documents médicaux réunis dans le cadre de la révision du droit aux prestations, l'OAI était d'avis que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la décision initiale et qu'elle avait retrouvé une capacité de

travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 dans son activité habituelle de conseillère en parfumerie. Dès lors, elle ne présentait plus d'invalidité.

- B.**
- a.** Le 7 février 2022, l'assurée, assistée d'un mandataire, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant au maintien de sa rente entière d'invalidité, avec suite de dépens.
  - b.** Par ordonnance du 2 mars 2022, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (ATAS/187/2022).
  - c.** Le 31 mars 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.
  - d.** La recourante a produit un rapport établi le 26 avril 2022 par la Dre B\_\_\_\_\_, faisant état d'une aggravation de son état psychique au mois de mars précédent.
  - e.** La recourante a été entendue par la chambre de céans le 14 septembre 2022 et a encore produit deux rapports médicaux établis par la Dre B\_\_\_\_\_ les 4 juillet et 9 septembre 2022.
  - f.** Par ordonnance du 31 mars 2023 (ATAS/229/2023), la chambre de céans a ordonné une expertise de la recourante qu'elle a confiée au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
  - g.** Dans son rapport du 8 avril 2024, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'anorexie mentale, de troubles anxieux généralisés avec agoraphobie, de trouble de la personnalité anxieuse, de trouble dépressif épisode actuel moyen, de trouble dépressif récurrent, et de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité adulte (ci-après : TDAH). Les limitations liées à ces diagnostics avaient entraîné une incapacité de travail de longue durée à partir du mois de septembre 2022, comme mentionné dans les différents rapports médicaux de la recourante. Dans son état actuel, celle-ci était incapable d'exercer son activité de vendeuse en parfumerie et ce, depuis septembre 2012. L'expert ne constatait pas de capacité de travail de celle-ci pour exercer une activité lucrative adaptée, étant donné ses difficultés physiques et psychiques. Les limitations étaient en lien avec son manque de résistance physique, ses difficultés de concentration et d'attention et ses troubles cognitifs comme la mémoire. L'anxiété qu'elle présentait était aussi un obstacle majeur pour exercer une activité même restreinte. Depuis le 5 juillet 2018, il y avait eu une péjoration de l'état de santé de la recourante avec une chronicisation des troubles et une incapacité de travail de longue date. Le pronostic était mauvais quant aux possibilités de reprise d'une activité lucrative.
  - h.** Le 13 mai 2024, la recourante a considéré que l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et a persisté dans ses conclusions.
  - i.** Le 30 mai 2024, l'intimé, se fondant sur un avis du SMR du 16 mai 2024, a allégué que l'expertise présentait des défauts qui devaient être élucidés et a suggéré des questions à poser à l'expert.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** 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.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé supprimant le droit de la recourante à une rente entière et lui niant le droit à des mesures d'ordre professionnel.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, l'intimé se prévaut d'un changement de circonstance qui serait survenu avant cette date. Par conséquent, ce sont les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

**3.2** L'art. 17 al. 1 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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**3.3** 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

**3.4** 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).

En 2017, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7).

Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic

retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

4. Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_.

4.1 La chambre de céans constate qu'elle répond *a priori* au réquisits permettant de lui reconnaître une telle valeur, ce avec quoi la recourante est d'accord. L'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 16 mai 2024, fait valoir que l'expertise présente des défauts.

4.2 Il a relevé que le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas spécifié si les diagnostics posés étaient avec ou sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

La chambre de céans constate que le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'anorexie mentale, de troubles anxieux généralisés avec agoraphobie, de trouble de la personnalité anxieuse, de trouble dépressif épisode actuel moyen, de trouble dépressif récurrent et de TDAH adulte et qu'il considéré que les limitations liées à ces diagnostics avaient entraîné une incapacité de travail de longue durée à partir du mois de septembre 2022, comme mentionné dans les différents rapports médicaux de la recourante.

Il ressort ainsi de son rapport que l'expert a considéré que tous les diagnostics posés avaient un effet sur la capacité de travail de la recourante, ce qui ressort également des limitations fonctionnelles qu'il a posées, à savoir une fatigue mentale et physique, des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, une anxiété permanente avec des phases de crise et un manque d'endurance physique provoqué et aggravé par les troubles de conduite alimentaire qui persistaient.

Il n'apparaît ainsi pas nécessaire de faire compléter l'expertise pour déterminer si un diagnostic ne serait pas incapacitant.

4.3 L'intimé a fait valoir que l'examen clinique de l'expert judiciaire avait été très succinct et qu'il retenait une anxiété, sans décrire si la recourante présentait de manière objective des manifestations anxieuses, notamment neurovégétatives. Il n'y avait pas de description d'attaques de panique ni de leur fréquence, étant rappelé que le Dr F\_\_\_\_\_ avait relevé que l'assurée n'en présentait plus depuis un an.

La chambre de céans relève à cet égard que l'expert a indiqué dans son rapport avoir constaté lors des entretiens que la recourante se montrait anxieuse avec une certaine labilité affective et beaucoup d'émotions lorsqu'elle décrivait sa situation actuelle, ses troubles et l'histoire de sa maladie. En lien avec le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 mai 2021, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante avait des crises d'angoisse et de panique très fréquentes quand elle s'exposait aux sorties à l'extérieur ou dans les situations sociales et très fréquentes dans son anamnèse depuis des années.

Il ressort encore du rapport d'expertise que la recourante s'est plainte d'avoir des angoisses concernant l'état de santé de ses parents qui étaient très âgés et qui avaient des problèmes de santé. Elle avait très peur de leur décès et de faire une dépression. L'expert a en outre indiqué que les atteintes diagnostiquées limitaient les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien de la recourante, et en particulier, que le trouble anxieux et l'agoraphobie aux lieux publics et aux transports en commun limitaient son exposition à l'extérieur et aux situations sociales. Le fait qu'il n'ait pas décrit de manière détaillée les attaques de panique de la recourante ni de leur fréquence ne suffit à remettre en cause les conclusions de l'expert qui sont convaincantes.

**4.4** L'intimé fait valoir que l'expert avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en se fondant sur des tests psychométriques et qu'il n'y avait pas de description de la symptomatologie *ad hoc* dans son examen clinique succinct. Il n'y avait notamment pas de description de troubles cognitifs objectifs, étant rappelé que le Dr F\_\_\_\_\_, lors de son expertise, n'avait pas mis en évidence d'éléments objectifs pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif, notamment en se fondant sur son examen clinique objectif et non sur des plaintes subjectives.

La chambre de céans relève que l'expert H\_\_\_\_\_ ne s'est pas fondé uniquement sur des tests psychométriques pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, puisqu'il a indiqué, sous status clinique et constatations objectives, qu'il avait constaté une certaine labilité de l'humeur compatible avec un état dépressif.

Le fait que le Dr F\_\_\_\_\_ ait eu une autre appréciation de ce diagnostic n'est pas déterminant, dès lors que la chambre de céans a considéré dans son ordonnance d'expertise du 31 mars 2023 que ce médecin avait pu minimiser l'importance du trouble dépressif de la recourante, dans la mesure où il s'était contenté de constater que les critères de ce trouble n'étaient plus présents lors de son expertise, sans prendre en compte le risque d'aggravation en cas de reprise du travail à 100%, en particulier dans le domaine de la vente en parfumerie. La recourante a relevé que le Dr F\_\_\_\_\_ l'avait vue dans une bonne période et que si son état dépressif s'était alors amélioré, cette amélioration n'avait pas duré, puisque son état s'était aggravé à nouveau entre la fin du mois de décembre 2021 et le début du mois janvier 2022. Elle a ajouté qu'elle avait pu progresser dans sa

gestion de ses crises de panique et que son état dépressif s'était amélioré pendant une période où elle ne travaillait pas, sortait peu de chez elle et avait peu d'interactions. Il ressort du rapport établi le 9 septembre 2022 par la Dre B\_\_\_\_\_ que cette dernière a repris le suivi de la recourante en janvier 2022 et qu'elle avait alors constaté un état dépressif qui n'avait cessé de s'aggraver et qui avait conduit à une hospitalisation de jour dès mars 2022, ce qui corrobore les déclarations de la recourante.

En conséquence, les conclusions de l'expert judiciaire sur le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ne sont pas sérieusement remises en cause par l'intimé.

**4.5** L'intimé a fait valoir que le diagnostic de TDAH était nouveau et qu'il n'avait jamais été évoqué antérieurement. On ne savait pas comment il interférait avec les autres diagnostics, si la recourante présentait en plus une hyperactivité et si les troubles de l'attention pouvaient être simplement intégrés au diagnostic de trouble anxieux et/ou dépressif.

La chambre de céans constate que l'expert judiciaire a indiqué dans son rapport, sous la rubrique relative au status clinique et aux constatations objectives, que la recourante avait parfois une certaine accélération mentale et psychique, qui pouvait être favorisée par l'anxiété, mais qui était probablement liée à un trouble de l'attention de longue date, non diagnostiqué ni traité, car il avait été objectivé par les réponses à un questionnaire. L'expert a ainsi tenu compte du diagnostic de TDAH, sans que celui-ci apparaisse comme déterminant dans les limitations de l'assurée, dès lors que l'expert n'a pas précisé le degré de gravité de ce diagnostic, alors qu'il a précisé que le trouble de conduite alimentaire et l'anorexie étaient sévères et que l'état dépressif et le trouble anxieux étaient de gravité moyenne. L'expert n'a pas décrit de limitations spécifiques liées au TDAH. Il n'apparaît donc pas nécessaire de faire compléter l'expertise sur ce point, qui n'apparaît pas déterminant, au vu de la situation globale de la recourante.

**4.6** L'intimé a relevé que l'expert retenait le diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse, alors que les avis médicaux figurant au dossier sur ces troubles étaient très variables. Le Dr C\_\_\_\_\_ retenait une personnalité mixte, anxieuse et dépendante, certains médecins une personnalité anxieuse et d'autres une personnalité dépendante. Le Dr F\_\_\_\_\_ retenait quant à lui une personnalité borderline. Quel que soit le diagnostic retenu, il n'avait pas été retenu comme incapacitant selon le C\_\_\_\_\_, la recourante ayant réussi à se former et à travailler plusieurs années.

La chambre de céans constate que selon l'expert judiciaire, la recourante souffre d'un trouble de la personnalité anxieuse, en sus d'un trouble anxieux généralisé avec agoraphobie. Ce dernier trouble, qualifié de moyen par l'expert, entraîne, selon lui, une diminution des capacités de la recourante pour affronter les

situations sociales à l'extérieur de son domicile quelle que soit l'activité. Le trouble de la personnalité apparaît ainsi accessoire par rapport au trouble anxieux.

Le fait que le Dr C\_\_\_\_\_ ait retenu une personnalité mixte, anxieuse et dépendante, non incapacitante, au motif que la recourante avait réussi à se former et à travailler durant plusieurs années, ne remet pas sérieusement en cause les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, qui n'a pas pris en compte ce diagnostic pour retenir une incapacité totale de travail de la recourante. Il a seulement précisé que la recourante présentait un trouble de la personnalité anxieuse et que ce terrain avait favorisé le trouble d'anxiété généralisé avec agoraphobie, qui était incapacitant. L'expert a encore précisé que le trouble de la personnalité avait favorisé des problématiques en lien avec les limitations de la recourante pour affronter des situations sociales, les transports publics et les réactions anxieuses en cas de facteur de stress extérieur qui touchait les membres de sa famille. De plus, le Dr C\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 5 mars 2015, soit avant la période relevante dans le présent litige, qui fait suite à une révision entamée par l'intimé en mai 2020. Les conclusions de l'expert judiciaire ne sont ainsi pas sérieusement remises en cause par l'intimé.

**4.7** L'intimé estime que la description de la journée quotidienne de la recourante faite par l'expert judiciaire n'est pas complète. On ne savait pas si elle pouvait effectuer des tâches administratives et si elle s'occupait de celles de ses parents, des courses, des lessives et si elle lisait.

La chambre de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de faire compléter par l'expert judiciaire sa description de la journée quotidienne de la recourante, ses conclusions s'agissant de la capacité de travail étant suffisamment motivées pour être convaincantes et les compléments demandés n'apparaissant pas susceptibles de les modifier. En effet, la recourante est principalement limitée par son trouble anxieux généralisé avec agoraphobie, de sorte que le détail de ce qu'elle fait chez elle n'est pas déterminant dans son cas.

**4.8** L'intimé fait valoir, concernant le trouble alimentaire, que le Dr C\_\_\_\_\_ ne l'avait pas retenu comme incapacitant, car il n'avait pas empêché la recourante de travailler. Actuellement, il demeure présent, avec une consommation de traitement laxatif (en diminution) entraînant des pertes électrolytiques, pouvant occasionner une fatigue, mais supplémenté. Par ailleurs, la recourante n'avait pas décrit de nouveaux malaises avec perte de connaissance depuis 2012.

La chambre de céans retient que le fait que le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu comme incapacitant le trouble alimentaire n'est pas déterminant, dès lors que celui-ci a rendu ses conclusions en 2015, soit avant la période relevante dans le présent litige.

**4.9** Il convient encore d'examiner si l'expert a correctement procédé à l'analyse des indicateurs d'exigibilité et la jurisprudence en la matière.

Les diagnostics posés par le Dr H\_\_\_\_\_ et les constatations médicales ont été exposés conformément aux exigences de la jurisprudence. L'expert a précisé le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués, sous réserve du TDAH adulte, et retenu en particulier que le trouble de conduite alimentaire et d'anorexie était sévère, que l'état dépressif était de gravité moyenne, avec risque d'évoluer vers une forme sévère, et que le trouble anxieux était également de gravité moyenne, avec crises de panique et agoraphobie et un avec risque d'aggravation.

Il a fait état des manifestations concrètes des diagnostics posés, relevant que les restrictions alimentaires et la prise de laxatifs conditionnaient les efforts physiques et la mobilité de la recourante et entraînaient une restriction de ses possibilités et une fatigue physique et mentale qui diminuait ses capacités. Le trouble anxieux et l'agoraphobie aux lieux publics et au transports en commun limitaient son exposition à l'extérieur et aux situations sociales, la recourante ayant des difficultés qualifiées d'énormes par l'expert sur ce plan. Sa vie était de plus en plus rétrécie dans l'espace et ses activités limitées. L'état dépressif influençait négativement tout projet d'investissement dans une activité à l'extérieur, étant relevé que la recourante avait déjà de la difficulté à se lever et un état de fatigue permanent.

L'expert a relevé, s'agissant du traitement, que la recourante était suivie au programme de jour de la Clinique E\_\_\_\_\_ depuis 2013, soit plus de 10 ans. Il a pris contact avec le médecin de cette clinique qui suivait la recourante, lequel lui a indiqué qu'elle était compliant et qu'elle participait aux séances de groupes et aux entretiens individuels avec son médecin, une psychologue et une nutritionniste. Une intensification de son suivi était prévue dans les prochains mois. Un engagement plus régulier ou quotidien à la Clinique était difficile pour la recourante en raison de l'aide qu'elle apportait à ses parents, qui passait pour elle en priorité.

L'expert a fait procéder à un dosage sanguin qui a montré une concentration adéquate de l'Escitalopram.

Il en résulte de ce qui précède que la recourante coopérait à son traitement sans que celui-ci permette d'améliorer son état.

L'expert a précisé que les différents troubles associés dont souffrait la recourante limitaient sa capacité de travail. Sa fatigue, son anxiété et son état dépressif rendaient difficile tout projet de réinsertion.

Il a retenu que son trouble de la personnalité anxieuse avait favorisé des problématiques en lien avec ses limitations pour affronter des situations sociales, les transports publics et les réactions anxieuses en cas de facteur de stress extérieur ou qui touchaient sa famille.

S'agissant de des ressources de la recourante, elles étaient très limitées en raison de sa fatigue, de son anxiété, de son manque de confiance en elle. Elle ne pouvait pas compter sur le soutien de ses parents très âgés et malades. Ses troubles

digestifs contribuait en outre à diminuer ses capacités sur le plan physique et mental.

L'expert a estimé qu'il n'y avait pas d'exagération des symptômes de la part de la recourante et relevé que ses troubles limitaient en particulier son exposition à l'extérieur tant en ce qui concernait une activité professionnelle, que ses activités occupationnelles et les situations sociales.

L'expert a ainsi correctement appliqué la jurisprudence relative aux indicateurs d'exigibilité du Tribunal fédéral, qui attestent de la gravité de l'atteinte à la santé de la recourante.

En conclusion, l'expertise judiciaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sans qu'il soit nécessaire de la faire compléter.

**4.10** Il en résulte que la recourante est toujours incapable de travailler et ce, depuis septembre 2012, de sorte que c'est de manière infondée que l'intimé a supprimé son droit à une rente entière d'invalidité dans sa décision du 7 janvier 2022.

**5.** Le recours sera ainsi admis et la décision querellée annulée.

La recourante obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État, l'intimé n'ayant pas procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 7 janvier 2022.
4. Alloue CHF 4'000.- à la recourante à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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