

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1184/2013

ATAS/1038/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CONTI Emilie

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assuré), née le _____ 1966, originaire du Portugal, entrée en Suisse en 1993, titulaire d'une autorisation d'établissement C, mariée, mère d'un enfant né le _____ 1987, a travaillé comme nettoyeuse de 1994 à 2001 auprès de B_____ (B_____), C_____, D_____ SA, E_____ (SUISSE) SA, F_____ SA. Elle a été licenciée par B_____ pour le 31 janvier 2001 et indemnisée par le chômage en février et mars 2001. Son époux M. A_____ fait l'objet d'une mesure de curatelle depuis le 10 février 1999.
2. Le 10 décembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. L'assurée a présenté une maladie alcoolique sévère, un syndrome cérébelleux dynamique, des chutes à répétitions, un état dépressif et un déracinement socioculturel (rapport du Dr G_____, FMH médecine interne, du 12 avril 2002), une tumeur maligne soit un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche (rapport de la consultation commune des tumeurs des HUG DU 18 octobre 2002) et une hépatomégalie, stéatose hépatique, et ascite (Institut d'imagerie médicale – échographie du 25 avril 2002).
4. Le 28 mai 2003, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 50 %.
5. Le 7 juillet 2003, le Dr H_____ du Service Médical Régional (SMR) a estimé que le handicap dans le ménage, vu l'éthylisme important, atteignait au moins les 50 %.
6. Par décision du 6 février 2004, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2002, fondée sur un empêchement de 100 % dans la sphère lucrative laquelle était de 50 % et un empêchement de 50 % dans la sphère ménagère laquelle était de 50 %.
7. Le 5 décembre 2006, l'OAI a débuté une procédure de révision.
8. Le 25 octobre 2007, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était amélioré depuis l'opération de 2004.
9. Le 29 novembre 2007, le Dr I_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'était plus le médecin-traitant de l'assurée depuis novembre 2005.
10. Les Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), Belle-Idée, ont indiqué à l'OAI le 7 décembre 2007 que l'assurée n'avait pas été vue en psychiatrie depuis 1999.
11. Le 27 mai 2008, à la demande de l'OAI, le Dr I_____ a examiné l'assurée le 14 mars 2008 et rendu un rapport. Il a posé les diagnostics d'éthylisme chronique depuis 2001 (semble stabilisé), état dépressif sévère, arthrose hépatique, carcinome épidermocite amygdale gauche actuellement stabilisée. L'assurée ne s'exprimait quasiment pas, même avec un traducteur. Elle faisait l'objet comme traitement d'une surveillance ORL. L'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée restait totalement incapable de reprendre une activité professionnelle. Il a notamment joint

les contrôles ambulatoires des néoplasies des HUG des 14 septembre 2006, 29 mars 2007 et 13 mars 2008.

12. A la demande de l'OAI, le Dr J_____, FMH médecine interne, a rendu une expertise le 7 septembre 2008.

L'assurée indiquait avoir cessé la consommation d'alcool dès le printemps 2003, sans rechute (ce qui avait supprimé les troubles de la marche) et diminué son tabagisme. Elle n'avait plus consulté son médecin-traitant depuis 2005. Elle n'avait pas de plaintes particulières. Elle présentait des céphalées, une gorge sèche et irritée lors d'utilisation de détergents l'empêchant de reprendre une activité dans le nettoyage.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de discrète polyneuropathie sensitive distale des membres inférieurs, dans le cadre d'un alcoolisme chronique, connue depuis 2002 et sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche, bien différencié, classé T3 N1 M0 (octobre 2002), actuellement en rémission complète, décompensation ascitique dans le cadre d'une hépatopathie alcoolique (avril 2002) et troubles anxieux et dépressifs en rémission.

L'assurée avait repris une certaine capacité physique lui permettant d'être active, d'entretenir son ménage et d'avoir une vie sociable acceptable malgré les difficultés contextuelles importantes. Du point de vue neurologique, l'état de santé s'était amélioré. Les limitations au plan physique étaient une discrète polyneuropathie sensitive des membres inférieurs pouvant éventuellement constituer un handicap dans le déplacement en terrain irrégulier ou lors d'utilisation d'échelle, d'échafaudage.

La capacité de travail était de 80 % depuis le début 2005. Une diminution de rendement de 20 % était due aux limitations fonctionnelles.

13. Le 7 octobre 2008, le Dr K_____ du SMR a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % et que les empêchements dans la tenue du ménage n'avaient pas été examinés par l'expert.
14. Le 9 septembre 2009, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage en relevant que le statut de l'assurée était plutôt celui d'active à 100 % dès lors que l'époux de celle-ci ne travaillait plus depuis 12 ans et qu'elle devrait travailler pour ne plus dépendre des services sociaux. L'invalidité ménagère était de 12 %. Après avoir entendu l'assurée, accompagnée de son époux le 13 novembre 2009, la réadaptation professionnelle a proposé un stage COPAI de quatre semaines aux EPI afin d'évaluer les types d'activités possibles.
15. Le 21 janvier 2010, le Dr I_____ a indiqué, suite à l'examen de l'assurée, dans un rapport médical intermédiaire que l'état de santé était stationnaire.

16. Le 23 février 2010, les Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) ont rendu un rapport suite au stage de l'assurée du 4 au 31 janvier 2010. Les capacités de l'assurée étaient théoriquement compatibles avec un emploi simple, léger et répétitif après un très long temps d'adaptation. Il était proposé d'effectuer plusieurs mois dans un atelier protégé comme réentraînement à l'effort.
17. Le Dr L_____ a estimé le 5 février 2010 que seule une activité en milieu protégé était possible au départ.
18. Par courrier du 5 mai 2010 de PRO et par communication du 17 mai 2001 de l'OAI, l'assurée a été informée qu'elle débiterait un réentraînement au travail auprès de PRO dès le 7 juin 2010.
19. Par communication du 8 juin 2010, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 14 juin 2010 pour retourner chez PRO et débiter le stage dès lors qu'il avait été informé du fait qu'elle s'était présentée le 1^{er} juin 2010 et avait refusé la mesure en raison de ses vacances.
20. Le 18 juin 2010, une note de la réadaptation professionnelle a relevé que le stage se passait mal car l'assurée se plaignait de douleurs au dos et de sécheresse de la gorge et le 25 juin 2010 que le stage était difficile tant sur le plan qualitatif que quantitatif.
21. Le 2 juillet 2010, PRO a transmis à l'OAI un certificat médical du Dr I_____ attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée pour maladie dès le 28 juin 2010 et pour une durée indéterminée.
22. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 5 juillet 2010 a conclu à l'impossibilité d'effectuer une mesure de réadaptation. Le stage chez PRO avait été interrompu en raison des difficultés rencontrées dans la mesure de réentraînement au travail et de l'arrêt maladie. Le taux d'invalidité était de 27 % soit un revenu sans invalidité de 48'595 fr. (ESS TA7 – ligne 35 niveau 4 : 3'813 fr. par mois) et un revenu d'invalidité de 35'671 fr. (ESS 2008, total, niveau 4, à 80 % avec un taux d'abattement de 15 %).
23. Le rapport d'évaluation PRO du 16 juillet 2010 mentionne que la mesure a été terminée après une durée effective d'observation de 11 jours.
24. A la demande de l'OAI le Dr I_____ a attesté le 27 janvier 2011 que l'état de santé de l'assurée était le même qu'en 2008 et que celle-ci était définitivement inapte à une activité lucrative.
25. Le 5 mars 2012, le Dr I_____ a signalé dans un rapport intermédiaire une évolution médiocre avec un état de santé stationnaire. Une prise en charge psychiatrique n'était pas nécessaire.
26. Le 7 décembre 2012, la Dresse M_____ du SMR a estimé que l'assurée, selon l'expert J_____, présentait clairement une amélioration de son état de santé et que tout était en rémission.

27. Par projet de décision du 15 janvier 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée au motif que son degré d'invalidité était de 27 %.
28. Le 18 février 2013, l'assurée a fait opposition en contestant le fait que son état de santé se serait amélioré depuis juillet 2002.
29. Par décision du 26 février 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.
30. Le 12 avril 2013, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif.

Elle fait valoir que l'OAI avait fait abstraction de l'échec du réentraînement au travail et de l'avis du Dr L_____ selon lequel une longue période de réadaptation était nécessaire, en retenant une capacité de travail 80 %. Depuis 2002, son état de santé ne s'était pas amélioré au point qu'elle puisse travailler à 80 %. Le Dr J_____ n'avait pas tenu compte de ses importantes limitations psychiques et intellectuelles, couplées aux séquelles de l'éthylisme et de la tumeur maligne des amygdales. Le taux d'invalidité retenu était très éloigné de celui qui s'était manifesté lors du stage d'observations aux EPI et dans l'entreprise PRO. Elle était totalement incapable de travailler. Si besoin était, une expertise en médecine interne et en psychiatrie pouvait être ordonnée. Elle a requis l'audition du Dr I_____. L'effet suspensif au recours devait être restitué dès lors que la suppression de la rente la plaçait dans une situation très précaire.

31. Le 23 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet tant du recours que de la requête en restitution de l'effet suspensif, l'issue du litige au fond restant incertaine et il existait un risque important que l'assurée ne puisse pas rembourser les prestations qui auraient été versées à tort.
32. Le 3 juin 2013, la Cour de céans a entendu les partis en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :

"Je considère que je suis incapable de travailler, j'ai mal au dos, à la tête ainsi que la gorge sèche due au traitement du cancer des amygdales. Je n'ai pas fait de rechute de celui-ci. Je vous confirme que j'ai effectivement arrêté de boire de l'alcool, je ne sais plus exactement depuis quand. Je n'arriverai pas à travailler, en particulier en raison du stress. La journée je fais des petits travaux ménagers mais je ne peux toutefois pas porter de charge. Je ne fais donc pas les courses seule, ma fille m'aide parfois. Ma fille m'aide également dans le ménage. Je suis actuellement suivie par le Dr I_____ qui estime également que je ne suis pas capable de travailler. Je le vois environ une fois par mois. Je ne suis pas suivie par un psychiatre. Le Dr I_____ me prescrit du Dafalgan. Je me rappelle avoir vu un médecin de l'AI, j'étais alors accompagnée par mon mari qui a fait la traduction. L'expertise s'est mal passée car je me sentais mal. J'étais très stressée. J'ai effectué un stage aux EPI que j'ai dû interrompre après deux semaines car j'étais trop stressée et je n'arrivais plus à

travailler. Je collais des étiquettes sur des cartons. Je ne me sens pas du tout capable de tenter un autre stage. Je me rappelle avoir pris pendant quelques temps des médicaments antidépresseurs mais je ne sais plus qui me les a prescrits. Je ne sais pas non plus pendant combien de temps j'ai pris ces médicaments. J'ai en effet d'importants problèmes de mémoire".

33. Le 4 juin 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au Dr N_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
34. Le 14 juin 2013, l'assurée a proposé l'ajout de questions à la mission d'expertise.
35. Le 5 juillet 2013, l'OAI s'est opposé au principe d'une expertise judiciaire au motif qu'une expertise de médecine interne figurait déjà au dossier, avec pleine valeur probante, que la désignation du Dr N_____, déjà saisi de plusieurs expertises, allait ralentir la procédure et qu'il manquait un volet neuropsychologique à la mission d'expertise.
36. Le 23 juillet 2013, l'assurée a observé que l'expertise judiciaire était nécessaire au vu de ses importantes limitations psychiques et intellectuelles.
37. Le 22 août 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'un examen neuropsychologique serait confié à M. O_____, neuropsychologue.
38. Le 29 août 2013, le SMR a observé qu'il serait utile que le neuropsychologue se prononce sur la présence de troubles cognitifs objectifs séquellaires à l'alcoolisme de l'assurée.
39. Le 2 septembre 2013, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de M. O_____.
40. Le 30 octobre 2013, M. O_____ a rendu son rapport neuropsychologique.

L'assurée se plaignait de troubles mnésiques et du sommeil. Même si le test complet de QI n'avait pas pu être réalisé, on pouvait estimer très probablement que l'assurée présentait effectivement un QI compatible avec un retard mental léger. L'examen mettait en évidence des déficits systématiques de toutes les fonctions testées, dans le contexte d'un QI non verbal déficitaire, avec des troubles constructifs légers et de troubles exécutifs sévères qui retentissaient sur l'attention et la mémoire. Cette dernière était globalement altérée, dans ses composantes de mémoire de travail et de mémoire épisodique, tant autobiographique (défaut de datation) qu'en apprentissage. L'orientation spatiale et temporelle apparaissait globalement préservée sur mode verbal mais l'orientation personnelle était altérée. Les tests d'attention quant à eux signaient un ralentissement et une altération sévère en attention divisée, à forte composante exécutive. Le ralentissement était aussi observé cliniquement et affectait toutes les tâches, quelles qu'elles étaient. On notait encore des acquisitions scolaires très pauvres, avec une dysorthographe en portugais et une méconnaissance des opérations arithmétiques autres que l'addition. Un discret défaut d'effort était possible chez l'assurée mais pas systématique.

Malgré ses limitations intellectuelles l'assuré avait pu travailler dans des activités simples. Toutefois, les limitations intellectuelles pouvaient s'être trouvées amplifiées par l'alcoolisme dont avait souffert cette expertisée durant plusieurs années. Le score actuel à la WAIS-IV pouvait ainsi résulter à la fois des limitations anciennes et d'une détérioration plus récente de l'efficacité consécutive à la maladie alcoolique. A l'appui de cette hypothèse, on retenait la sévérité des troubles exécutifs : de tels troubles étaient généralement observés dans les contextes où le QI était inférieur à 75, mais dans ces cas, ils touchaient essentiellement la flexibilité et éventuellement des tâches de programmation quelque peu complexes, comme la copie de la Figure complexe. Or, chez l'assurée, les déficits exécutifs étaient clairement généralisés et intenses. Le ralentissement était une autre composante fréquente chez les personnes présentant un retard mental, mais il apparaissait nettement accentué chez l'assurée, en conformité avec le syndrome dysexécutif. L'atteinte de l'attention divisée que présentait l'expertisée apparaissait aussi très sévère au regard, même, d'un retard mental léger. Enfin, la mémoire était uniformément déficitaire, alors que, si déficits il y avait en mémoire de travail par exemple, ils étaient rarement aussi marqués que chez l'assurée dans les contextes de retard mental léger. La mémoire épisodique verbale était en général aussi mieux préservée dans ces contextes que ce n'était le cas chez cette expertisée. Enfin, du point de vue de l'étiologie, les troubles exécutifs et mnésiques apparaissaient compatibles avec les séquelles d'un alcoolisme. Les éléments neuropsychologiques à disposition étaient compatibles avec une éventuelle démence alcoolique légère.

Les diagnostics neuropsychologiques étaient les suivants : QI non verbal très faible (< 69). Ralentissement généralisé. Troubles exécutifs sévères. Troubles attentionnels. Troubles de la mémoire modérés à sévères. Troubles cognitifs compatibles avec une démence alcoolique légère.

Les limitations étaient les suivantes : les troubles cognitifs étaient intenses et retentissaient sévèrement sur toutes les activités de l'expertisée. Il n'y avait pas de possibilité de mémoriser un contenu nouveau de manière efficace. Le ralentissement affectait très sévèrement le rendement. La faible efficacité intellectuelle impliquait une incapacité à comprendre des consignes et des situations un tant soit peu élaborées. Les troubles exécutifs altéraient sévèrement la capacité d'autoorganisation.

Le rendement était nul dans toute tâche un tant soit peu complexe. La capacité de travail était inexistante dans l'économie normale. Du point de vue cognitif, seules des tâches très simples et répétitives, avec un encadrement attentif et constant et sans exigence de rendement pouvaient être envisagées, à savoir, au mieux, une activité en atelier protégé, trois à quatre heures par jour.

Il y avait probablement une très faible compétence intellectuelle de tout temps, mais il était tout aussi probable que suite à la consommation d'alcool, le tableau neuropsychologique s'était aggravé au point de réaliser un tableau compatible avec une démence alcoolique. Comme il s'agissait d'un processus évolutif et en

l'absence de bilan neuropsychologique antérieur, il était difficile de se prononcer sur la date précise d'installation des troubles actuellement observés, mais ils devaient être présents avant la cessation de la consommation d'alcool.

Il n'y avait pas de traitement possible et l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré depuis la décision de rente du 6 février 2004.

On pouvait considérer les troubles cognitifs actuels comme résultant de la maladie alcoolique. Ces troubles étaient tels qu'ils impliquaient une incapacité de travail totale dans l'économie normale.

Les troubles cognitifs retentissaient sévèrement sur toute activité envisageable. Les capacités de mémorisation, de compréhension et d'autoorganisation étaient sévèrement affectées. Le rendement est inexistant du fait, notamment, du ralentissement sévère observé.

Une faible efficacité intellectuelle antérieure était probable, mais le profil et l'intensité actuels des troubles cognitifs, notamment de la mémoire et des fonctions exécutives, ainsi que la sévérité du ralentissement, permettaient de conclure qu'ils s'étaient intensifiés du fait de l'alcoolisme de l'expertisée, et ceci malgré une abstinence durable.

41. Le 19 novembre 2013, le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise.

Il a posé les diagnostics de retard mental léger sans trouble du comportement, syndrome amnésique lié à l'utilisation d'alcool et trouble anxieux dépressif mixte.

L'assurée ne travaillait plus depuis juillet 2001.

Il existait un consensus (médecin-traitant – Dr J_____ rapport COPAI – enquête ménagère) concernant une efficacité intellectuelle faible chez l'assurée, laquelle avait besoin d'une très longue réadaptation pour arriver à effectuer des gestes simples et répétitifs dans une activité professionnelle où elle aurait peu de capacité d'apprentissage. Ces appréciations étaient confirmées par M. O_____.

L'assurée avait connu des alcoolisations massives pendant de nombreuses années qui avaient probablement entraîné une atteinte des fonctions cognitives lesquelles se surajoutaient à son retard mental léger. Un retour au travail n'était plus possible. L'atteinte organique cérébrale datait de la période de consommation excessive avant 2003.

Un traitement n'améliorerait pas la situation. L'assurée n'avait pas recouvré une capacité de travail malgré l'abstinence alcoolique et l'évolution favorable du cancer car elle présentait une atteinte cérébrale organique en rapport avec la consommation d'alcool chronique datant d'avant 2003.

Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre neuropsychologique (vitesse de traitement des informations, capacité de mémoriser, de concentration, d'apprentissage), difficulté à s'intégrer dans un groupe et faible estime d'elle-même.

Il n'était pas d'accord avec le Dr J_____ sur la question de la récupération, dès 2005, d'une capacité de travail de 80 %.

Une faible efficacité intellectuelle antérieure était probable, mais le profil et l'intensité actuels des troubles cognitifs, notamment de la mémoire et des fonctions exécutives, ainsi que la sévérité du ralentissement, permettaient de conclure qu'ils s'étaient intensifiés du fait de l'alcoolisme de l'expertisée, et ceci malgré une abstinence durable.

42. Le 11 décembre 2013, la recourante a observé que selon le rapport d'expertise et le rapport neuropsychologique, sa capacité de travail était nulle et indiqué qu'elle persistait dans les conclusions de son recours.
43. Le 11 décembre 2013, la Dresse M_____ du SMR a observé que l'expertise psychiatrique s'était déroulée en présence de la fille de l'assurée, empêchant celle-ci de s'exprimer librement ce qui était contraire à toute pratique habituelle de l'expertise, que les conclusions sur la capacité de travail nulle figuraient en première page, ce qui démontrait que l'expert avait un avis préconçu, que les plaintes étaient inexistantes, que le status ne comportait aucun élément de gravité, qu'aucun trouble psychique grave ne pouvait être retenu, que le trouble anxieux et dépressif mixte ne reposait sur aucun élément, que le retard mental n'avait pas empêché l'assurée de travailler dans des activités de ménage, que le trouble mnésique ressortait uniquement de l'examen neuropsychologique retenant une démence alcoolique légère, que les experts confirmaient l'amélioration de l'état de santé constatée par le Dr J_____ mais s'en distanciaient dans leurs conclusions, qu'il ressortait essentiellement des troubles exécutifs sévères et des troubles attentionnels mais qu'on ne savait rien de la participation de l'assurée au test, qu'une nouvelle évaluation neutre et objective devait être réalisée, et qu'en attendant les conclusions initiales étaient maintenues.
44. Le 13 décembre 2013, l'OAI a observé que le rapport du Dr N_____ n'était pas probant, que l'anamnèse devait être constituée par le récit de l'assurée et non pas par celui de sa fille, que les plaintes étaient inexistantes, que les constatations cliniques objectives étaient succinctes, que l'expert se fondait sur les autres avis au dossier pour poser ses diagnostics qui ne pouvaient être corroborés par l'examen clinique, que le trouble mnésique ne ressortait par exemple pas de l'expertise mais de l'examen neuropsychologique retenant une démence alcoolique légère, que le Dr N_____ ne discutait pas de la prise d'alcool, que l'examen neuropsychologique n'était pas non plus convaincant, que la participation de l'assurée ne figurait en effet pas dans l'examen, qu'il n'était pas possible de savoir si les troubles étaient dus à la bonne ou mauvaise participation de l'assurée au test, au niveau scolaire bas de celle-ci ou à une véritable atteinte séquellaire, que les experts faisaient seulement une appréciation différente de la capacité de travail que celle faite par le Dr J_____ et qu'une nouvelle expertise s'imposait, avec un interprète, ainsi qu'un nouvel examen neuropsychologique.

45. A la demande de la Cour de céans, M. O _____ a donné des renseignements complémentaires le 6 février 2014.

La systématique des non-réponses données par l'assurée lui avait fait évoquer un engagement limité dans les tâches mais il estimait que les éléments permettant de confirmer la validité de l'examen prédominaient ; un examen neuropsychologique avec une personne faiblement scolarisée, ne parlant pas le français et présentant une efficacité intellectuelle pauvre était un exercice compliqué car le test était peu adapté auprès de personnes n'ayant suivi que très peu l'école ; la participation était parfois pauvre mais l'examen était globalement valide ; il retenait que les niveaux actuels montraient une dégradation des compétences attribuables à des séquelles cognitives de la maladie alcoolique ; il ne possédait pas la version portugaise de la WAIS-IV, mais il était douteux qu'un praticien à Genève puisse effectuer cet examen en portugais avec des normes établies au Portugal. Il y avait peu de risque que le QI total à la WAIS-IV soit de beaucoup différent, ou plus précisément meilleur que les indices testés.

46. Le 18 février 2014, la recourante a relevé que selon les indications de M. O _____ des examens complémentaires étaient superflus ; la validité du test avait été confirmée.
47. Le 24 février 2014, la Dresse M _____ du SMR a observé que l'assurée avait présenté un défaut d'effort donc que sa participation n'avait pas été maximale ; elle confirmait que les tests neuropsychologiques n'étaient pas fiables en présence d'une personne peu scolarisée ; le test n'était pas valide puisque non fiable et fait avec un défaut d'effort ; les hypothèses concernant le QI n'étaient pas logiques ; il convenait d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique neutre avec une évaluation neuropsychologique en portugais à la clinique Valmont (Genolier).
48. Le 24 février 2014, l'OAI a conclu à l'ordonnance d'une nouvelle expertise psychiatrique avec évaluation neuropsychologique à la clinique Valmont, en portugais.
49. A la demande de la chambre de céans, la clinique Valmont a indiqué le 11 mars 2014 qu'elle ne pouvait effectuer une évaluation neuropsychologique en portugais et conseillé Mme P _____, neuropsychologue.
50. Le 3 avril 2014, Mme P _____ a indiqué qu'elle pouvait procéder à un bilan cognitif en portugais mais sans la version portugaise de la WAIS-IV.
51. Le 15 avril 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait procéder à une expertise neuropsychologique confiée à Mme P _____.
52. Les 24 et 26 avril 2014, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas d'observation à formuler.
53. Le 18 juillet 2014, Mme P _____ a rendu son rapport d'examen neuropsychologique. Elle a posé les diagnostics de niveau d'efficacité intellectuelle faible (QI dans les tests non verbaux de 69 à 70 à la WAIS-IV), difficultés

significatives au niveau du langage oral et écrit, troubles exécutifs, troubles attentionnels, troubles affectant la mémoire épisodique et de travail, problèmes au niveau du calcul. L'assurée présentait des troubles cognitifs modérés à sévères, touchant un nombre élevé de sphères cognitives ; sa participation aux tests était suffisante pour valider ceux-ci ; il n'y avait pas de défaut d'effort ; il s'agissait d'une atteinte cérébrale organique probablement d'origine développementale et acquise ; il existait très probablement une souffrance cérébrale consécutive à la consommation éthylique ; le tableau cognitif était compatible avec une démence alcoolique légère ; les troubles cognitifs entraînaient une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'économie normale.

54. Le 5 août 2014, l'OAI a transmis un avis du 4 août 2014 de la Dresse M_____ du SMR, selon lequel, en raison de troubles cognitifs, l'incapacité de travail totale de l'assurée dans la part active persistait toujours.
55. Le 4 septembre 2014, la recourante a observé que selon ce dernier rapport, son taux d'invalidité de 75% était identique et que sa capacité de travail était même nulle. Elle persistait dans ses conclusions.
56. Le 8 septembre 2014, l'OAI a conclu au rétablissement de la rente entière d'invalidité dès la date de la suppression de celle-ci.
57. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) Par arrêt incident du 6 mai 2013, la Cour de céans a déclaré le recours recevable.
b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de la recourante par décision du 26 février 2012 à la suite de la révision du dossier de cette dernière dès mai 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision).

2. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

3. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:
- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
 - b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
 - c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

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 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à

influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

4. L'art. 17 al. 1er 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^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient

d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire.

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).

7. En l'espèce, la chambre de céans a tout d'abord ordonné une expertise psychiatrique auprès du Dr N_____ et un examen neuropsychologique auprès de M. O_____ en considérant que l'expertise du Dr J_____ était insuffisante pour évaluer l'état psychique de la recourante, ce d'autant que ce médecin n'était pas un spécialiste en psychiatrie.

L'expert N_____ a considéré que la recourante présentait des lésions irréversibles en rapport avec la consommation d'alcool, lesquelles se surajoutaient à un retard mental léger existant depuis l'enfance et entraînaient une incapacité de travail totale en raison de ressources insuffisantes de la recourante. Il a repris les limitations fonctionnelles ressortant de l'évaluation de M. O_____ en ajoutant une faible estime de soi et une difficulté à s'intégrer dans un groupe.

Ce dernier a conclu à un QI non verbal très faible, un ralentissement généralisé, des troubles exécutifs sévères, des troubles attentifs, des troubles de la mémoire modérés à sévères réalisant un tableau cognitif compatible avec une démence alcoolique légère et entraînant une incapacité de travail totale dans l'économie normale.

L'intimé a contesté la valeur probante tant de l'expertise judiciaire que du rapport d'examen neuropsychologique ; il a, en particulier, relevé que les tests neuropsychologiques n'étaient pas fiables en présence d'une personne peu scolarisée et que l'assurée avait présenté un défaut d'effort.

A cet égard, M. O_____, interpellé par la chambre de céans, a confirmé ses conclusions et indiqué qu'il ne disposait que de quelques tests en portugais et qu'un éventuel autre examen avec des instruments en portugais pouvait être envisagé si un praticien en disposait. Par ailleurs, un discret défaut d'effort ne pouvait être exclu concernant les tests mnésiques.

Compte tenu des objections de l'intimé, la chambre de céans a ordonné un nouvel examen neuropsychologique auprès de Mme P_____, laquelle avait indiqué qu'elle était à même de procéder à un bilan cognitif en portugais (hormis la WAIS-IV).

Le rapport de Mme P_____ du 18 juillet 2014 rejoint celui du M. O_____ et conclut à une incapacité de travail totale de la recourante dans l'économie normale. L'intimé, au vu de ce dernier rapport, s'est rallié aux conclusions de la recourante.

Au vu de l'expertise psychiatrique et des deux rapports neuropsychologiques judiciaires, il convient de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré depuis la dernière décision de rente, comme l'a admis l'intimé, de sorte que la suppression de ladite rente n'était pas justifiée.

8. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Une indemnité de CHF 4'000.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé, et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 26 février 2013.
4. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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