

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1562/2014

ATAS/1343/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître EREMITA Samantha

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____, née en 1959, en Suisse depuis 1989, a travaillé en dernier lieu comme nettoyeuse à temps partiel jusqu'en février 2002, date à laquelle elle a été licenciée en raison de « trouble de comportement ». Elle a déposé le 29 janvier 2003 une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), visant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir de dépression depuis 1991. Son psychiatre traitant a confirmé qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, et indiqué que sa capacité de travail était nulle à compter du 1^{er} décembre 2001.

Dans une note du 2 décembre 2003, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a constaté que l'assurée « arrive en Suisse en 1988 avec quatre enfants pour fuir les persécutions dont sa famille aurait été l'objet (son père aurait été assassiné), peu après son troisième enfant tombe d'une fenêtre du centre d'asile ; elle présentera par la suite d'importantes séquelles neuropsychologiques avec troubles mentaux et épilepsie post traumatique. Devant assumer la garde de cette fille invalide et assumer le rôle de soutien de toute la famille, l'assurée s'épuise peu à peu, aussi bien physiquement que psychiquement. Elle est prise en charge depuis 1998 par la psychiatre qui s'occupe aussi de sa fille. L'état actuel empêche toute activité professionnelle. Une amélioration peut être attendue et justifie une révision dans un an ».

Par décision du 6 février 2004, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2002. L'OAI a qualifié son statut d'actif et admis que son incapacité de gain était superposable à l'incapacité de travail attestée médicalement, du moment qu'aucune mesure de réadaptation n'entraîne en ligne de compte.

2. Une expertise a été réalisée par la Doctoresse B_____, psychiatre, le 26 janvier 2008, à la demande de l'OAI. Le médecin a constaté que le trouble dépressif récurrent dont souffrait l'assurée était en rémission et l'incapacité de travail avait progressivement diminué depuis juillet 2005.
3. Par décision du 15 avril 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité jusque-là versée à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.
4. Sur demande du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, la Dresse B_____ a complété son rapport d'expertise le 30 septembre 2008. Elle a plus particulièrement expliqué pour quelle raison elle avait exclu le diagnostic de personnalité émotionnellement labile.
5. Par arrêt du 15 janvier 2009, le TCAS, considérant que le rapport d'expertise de la Dresse B_____ du 26 janvier 2008, complété le 30 septembre, n'avait pas valeur probante, a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire et mette en œuvre une nouvelle expertise

auprès d'un service de psychiatrie universitaire en Suisse romande, et rend ensuite une nouvelle décision (ATAS/62/2009).

6. L'OAI a ainsi mandaté la Dresse C_____ et le Dr D_____, psychiatres, du Centre hospitalier universitaire vaudois, pour expertise. Un rapport a été établi le 15 décembre 2009. Les experts ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité à traits borderline et histrioniques et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Ils expliquent que l'assurée « présente au premier plan un trouble mixte de la personnalité se manifestant par des manières stéréotypées de réagir en cas de conflits par exemple, avec une tendance à blâmer autrui et une incapacité à se remettre elle-même en question. Ce mode de fonctionnement inadapté et rigide, qu'elle ne peut pas changer, entraîne une diminution importante de ses ressources adaptatives dans la sphère professionnelle notamment. La symptomatologie est alors de l'ordre d'une labilité de l'humeur, d'une impulsivité, d'accès de colère, d'une anxiété augmentée ». Se rajoutent encore, au plan social, les difficultés adaptatives liées à l'analphabétisme et à un fonctionnement intellectuel limite.

Ils considèrent que la capacité de travail est de 50%. Une activité simple, routinière, demandant peu de capacités adaptatives et peu d'interactions sociales serait en revanche exigible.

Ils estiment par ailleurs que le rendement est diminué d'au moins 20% et cela depuis au moins 1993. Le degré d'incapacité de travail n'a jamais été inférieur à 50%.

7. Sur demande du médecin du SMR, les experts ont précisé qu'il faut tenir compte de la diminution de rendement dont ils ont fait état dans le cadre de la limitation de la capacité de travail de 50%, « ce qui représente effectivement, selon vos calculs, une capacité de travail de 40% ». Ils expliquent que s'ils se sont écartés de l'expertise de la Dresse B_____ du 26 janvier 2008, c'est parce qu'ils ont quant à eux retenu un diagnostic de trouble de la personnalité mixte au premier plan, ceci allant dans le sens d'un trouble de la personnalité borderline. Ils considèrent que l'assurée ne présente pas de simples traits état limite et histrionique comme mentionnés par la Dresse B_____, mais d'un trouble constitué, l'ayant également fortement handicapé dans son quotidien familial notamment, avec de fréquentes difficultés relationnelles.

Ils ajoutent qu'ils ont constaté, comme la Dresse B_____, que le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission, d'où une amélioration de la capacité de travail par rapport à 2002, cependant « l'état dépressif reste fluctuant avec des facteurs de stress toujours présents, même si moins traumatiques à l'heure actuelle. Si elle a montré par ailleurs des ressources certaines pour s'occuper de sa famille en souffrance, cela s'est fait au prix d'un important épuisement ».

8. Dans une note du 14 janvier 2010, le médecin du SMR a considéré que, dans leur complément d'expertise, les experts n'ont en réalité pas expliqué pourquoi ils

s'écartaient de l'avis de la Dresse B_____ et pourquoi eux retenaient un trouble de la personnalité, alors que pour cette dernière il n'y avait que des traits de personnalité. Le médecin du SMR constate ainsi que les experts partagent une partie des conclusions de l'expertise de la Dresse B_____, et que finalement ils ne répondent pas aux questions qui restaient en suspens, de sorte que leur rapport n'est pas du tout convaincant. Devant ces deux avis contradictoires, en présence d'un trouble de la personnalité retenu comme incapacitant pour les Drs D_____ et C_____, et de traits de personnalité non incapacitants pour la Dresse B_____, le médecin du SMR a proposé qu'un nouveau rapport soit demandé au psychiatre traitant.

9. Dans un rapport du 22 février 2011, la Dresse H_____, psychiatre et médecin traitant, a indiqué que l'état de santé s'était aggravé, que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent sévère et d'un trouble de la personnalité borderline depuis des années, et de manière très handicapante pour la vie sociale et professionnelle. Le status est fluctuant, actuellement aggravé par les incertitudes liées aux revenus et charges familiales. L'assurée présente des troubles de concentration, des difficultés d'investissement, une intolérance à la frustration, des sautes d'humeur et des angoisses. L'incapacité de travail est totale depuis au moins 2001.
10. L'OAI a alors mandaté le Dr E_____, psychiatre, pour une nouvelle expertise.
11. Par courrier du 18 août 2011, le Dr E_____ a informé l'OAI qu'il renonçait à établir un rapport d'expertise, ayant reçu notamment un téléphone injurieux du fils de l'assurée.
12. Le nouvel expert, le Dr F_____, du centre psychothérapeutique et d'expertise de Plainpalais, désigné par l'OAI, s'est récusé. Le Dr G_____ a finalement été retenu.
13. Du rapport d'expertise daté du 19 décembre 2013 établi par ce dernier, il résulte les diagnostics suivants : une légère dysthymie et une personnalité état limite à traits histrioniques non décompensée.

Il indique que l'assurée ne prend aucun traitement antidépresseur ou psychotrope depuis 1996 et n'a plus présenté d'importantes décompensations dépressives anxieuses ou autres depuis 2006 au moins, et en conclut que « le seul facteur pouvant dès lors, d'un point de vue objectif, interférer avec les capacités de travail est l'hypothèse d'un trouble majeur de la personnalité majeure enkysté puisqu'il est à l'origine, d'une part, d'une souffrance personnelle et d'un dysfonctionnement social relationnel partant professionnel qui pourrait être considéré comme potentiellement incapacitant ».

Le Dr G_____ dit adhérer au point de vue de la Dresse H_____ pour parler d'un trouble limite de la personnalité avec des traits histrioniques, précisant qu'à l'heure actuelle ce trouble n'était pas décompensé. Il relève toutefois que

« Si les courriers de la Dresse H_____ décrivent très bien le fonctionnement global de la personnalité de l'assurée, il faut souligner que ce type de patients, qui ont appris de par leur situation à être dépendant des assurances sociales et des médecins, induit des transferts plus ou moins utilitaires qui rendent difficile la position du médecin traitant ».

Il constate qu'« au niveau du fonctionnement de personnalité, les différentes appréciations sont très homogènes. Tant la Dresse B_____ que l'expertise des Drs D_____ et C_____ évoquent un trouble mixte de la personnalité à savoir des traits limites et histrioniques, ce qui rejoint nos propres conclusions. »

Il confirme les conclusions de la Dresse B_____ pour estimer notamment que l'assurée pourrait réaliser des ménages chez des particuliers, travail qui éviterait les tensions avec des collègues ou une autre petite activité. L'assurée n'a néanmoins jamais manifesté de motivation à travailler.

Il en conclut que l'assurée ne souffre d'aucune atteinte à la santé psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée à sa personnalité, soit femme de ménage pour des particuliers, petites manutentions, etc. Depuis 2006, l'incapacité de travail n'est plus justifiée. Elle peut travailler à 100% dans une activité adaptée à sa personnalité. Le pronostic est lié à l'importance du contexte socioculturel, « le statut de malade offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalité notamment au niveau professionnel ».

14. Dans une note du 17 janvier 2014, le médecin du SMR a considéré que l'expertise du Dr G_____ était convaincante et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions.
15. L'OAI a transmis à l'assurée le 23 janvier 2014 un projet de décision, aux termes duquel il lui a été confirmé que sa rente d'invalidité était supprimée.
16. L'assurée, représentée par Me Samantha EREMITA, a contesté le projet de décision le 3 mars 2014. Elle ne comprend pas pour quelle raison l'expertise du Dr G_____ serait plus convaincante. Elle annonce avoir transmis ce rapport à la Dresse H_____ pour prise de position.
17. Dans sa note du 15 avril 2014, le médecin du SMR constate que selon l'expertise du Dr G_____, les atteintes psychiatriques de l'assurée ne sont plus incapacitantes depuis 2006 dans une activité respectant strictement le type de personnalité. Il considère que le courrier de la Dresse H_____ daté du 9 octobre 2013, dans lequel celle-ci retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de surcharge émotionnelle et physique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (type borderline), ne fournit ni status détaillé ni justification médicale pour expliquer cette différence d'appréciation. Le médecin du SMR relève également que l'assurée n'a pas de traitement médicamenteux.

18. Par décision du 16 avril 2014, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité.
19. L'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours le 27 mai 2014 contre ladite décision. Elle rappelle que dans son arrêt du 15 janvier 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait annulé la décision de l'OAI du 15 avril 2008, au motif que l'expertise de la Dresse B_____ sur laquelle se fondait ladite décision, n'avait pas valeur probante. Or, l'OAI, considérant que l'expertise du Dr D_____ et de la Dresse C_____ ne concluait pas de la même manière que celle de la Dresse B_____, a mandaté le Dr G_____ pour une nouvelle expertise psychiatrique.

Elle considère quant à elle que l'expertise du Dr D_____ et de la Dresse C_____ a valeur probante. Elle relève que le Dr G_____ n'a rencontré l'assurée qu'une seule fois et n'a pas eu d'échange avec la Dresse H_____. Or, le trouble de la personnalité borderline est la principale raison de son handicap, et un diagnostic de trouble de la personnalité ne peut se fonder sur un seul entretien et nécessite de pouvoir s'appuyer sur des regards extérieurs (cf. pièce 8). Elle relève que le Dr G_____ n'explique pas en quoi le trouble de la personnalité dont elle souffre ne serait pas incapacitant et vient confirmer les conclusions de l'expertise de la Dresse B_____ qui avait pourtant été écartée par le Tribunal dans son arrêt du 15 janvier 2009. Elle conclut à ce qu'il soit constaté que l'expertise du Dr G_____ ne remplit pas les critères propres à lui conférer une pleine valeur probante, et à l'annulation de la décision l'OAI du 16 avril 2014, de sorte qu'il soit reconnu qu'elle a toujours droit à une rente d'invalidité.
20. Dans sa réponse du 30 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'audition de la Dresse H_____ sollicitée par l'assurée, l'OAI estime qu'elle est inutile.
21. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'OAI à supprimer la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assurée, à partir du 15 avril 2008.

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).

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5. 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 1er janvier 2008).

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).

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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

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).

7. 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).
8. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré entre la décision de rente d'invalidité du 6 février 2004 et la décision de suppression du 15 avril 2008.
9. A l'appui de sa décision du 15 avril 2008, l'OAI a fait valoir le rapport d'expertise de la Dresse B_____ du 26 janvier 2008, lequel concluait, d'une part, à la rémission complète, depuis début janvier 2006, du trouble dépressif récurrent initialement présenté par l'assurée, et, d'autre part, au rétablissement, dès cette date, d'une capacité de travail de 100%, dans une activité simple, sans diminution de rendement.

Dans son arrêt du 15 janvier 2009, le TCAS a toutefois considéré que l'expertise de la Dresse B_____ ne répondait pas entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante. Il a plus particulièrement considéré que l'experte s'était fondée sur une anamnèse incomplète - et, singulièrement, sur une interprétation sans doute un peu hâtive des déclarations de la patiente relatives à son fonctionnement supposément conservé dans la vie quotidienne - pour exclure le diagnostic de trouble de la personnalité posé par la Dresse H_____ et lui a reproché de n'avoir pas suffisamment pris en compte les observations de la psychiatre traitante développées dans ses avis des 20 mai et 11 juillet 2008. Il n'a par ailleurs pas suivi l'experte lorsqu'elle retient que l'interruption de la prise en charge médicale, à la fin de l'année 2005, traduit une absence de souffrance psychique chez l'expertisée, au motif que cette situation s'expliquerait vraisemblablement davantage par le fait que l'assurée devait alors payer chaque consultation chez sa psychiatre traitante, dès lors qu'elle n'avait plus réglé ses factures depuis des mois que par une véritable absence de demande de soins de sa part.

Il a dès lors renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. C'est ainsi que l'OAI a mandaté les Drs C_____ et D_____, lesquels ont établi un rapport d'expertise le 15 décembre 2009, qu'ils ont complété à la demande de l'OAI le 19 juillet 2010.

10. Il y a lieu d'examiner si ce rapport a valeur probante.

L'OAI a considéré que tel n'était pas le cas. Le médecin du SMR a en substance reproché aux experts de n'avoir pas expliqué pourquoi ils s'écartaient de l'avis de la Dresse B_____ et pourquoi ils retenaient un trouble de la personnalité invalidant, alors que pour cette dernière il n'y avait que des traits de personnalité sans influence sur la capacité de travail. Selon le médecin du SMR, les experts partagent une partie des conclusions de l'expertise de la Dresse B_____, mais ne répondent pas aux questions qui restaient en suspens.

La chambre de céans constate que si l'OAI nie toute valeur probante à l'expertise des Drs C_____ et D_____, c'est essentiellement parce qu'elle ne confirme pas l'avis de la Dresse B_____. Or, faut-il le rappeler, cet avis avait précisément été déclaré non probant par le TCAS.

Contrairement aux allégations de l'OAI, la chambre de céans considère que les experts ont clairement répondu aux questions posées par le médecin du SMR, à savoir qu'ils se sont écartés de l'expertise de la Dresse B_____ du 26 janvier 2008, parce qu'ils ont quant à eux retenu un diagnostic de trouble de la personnalité mixte au premier plan, ceci allant dans le sens d'un trouble de la personnalité borderline. Ils considèrent que l'assurée ne présente pas de simples traits état limite et histrionique comme mentionnés par la Dresse B_____, mais un trouble constitué, lequel la handicape également fortement dans son quotidien familial notamment, avec de fréquentes difficultés relationnelles.

La chambre de céans relève par ailleurs que l'expertise des Drs C_____ et D_____ a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle contient une anamnèse complète et détaillée, un status clinique et prend en compte les plaintes de l'assurée. Enfin, les conclusions sont claires et convaincantes, de sorte que l'expertise revêt pleine valeur probante.

11. Reste encore à examiner si celle du Dr G_____ est de nature à mettre en doute ces conclusions.

Le Dr G_____ critique l'expertise des Drs D_____ et C_____. Il dit relever dans leur rapport, des limitations et des incohérences ; il considère que le status physique et psychique est modeste, puisqu'il ne comprend en tout et pour tout que douze lignes. Il n'a pas été fait d'analyse du fonctionnement de personnalité. Les épreuves de projectives et le WAIS-III donnent des résultats parfaitement ininterprétables compte tenu de l'analphabétisme et des limitations très importantes de l'assurée dans la compréhension et la maîtrise de la langue française. Il en conclut que l'hypothèse d'un fonctionnement intellectuel limite qui n'est retrouvé à aucun autre endroit du dossier doit être considérée comme un pur artefact.

12. Il est établi que le trouble dépressif récurrent est en rémission. Le médecin traitant a à cet égard admis, dans son rapport du 9 octobre 2013, que le trouble thymique ne constituait pas un facteur incapacitant.

En revanche, alors que la Dresse B_____, et le Dr G_____, parlent de traits histrioniques de la personnalité, - la première précisant que « les traits de personnalité ne sont pas assimilables à un trouble de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique dans le quotidien », le second expliquant qu'il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité clairement constitué, mais de traits qui se sont retrouvés décompensés dans le contexte de difficultés liées à l'immigration, à des problèmes administratifs, à l'accident dramatique de sa fille en 1989, puis à divers conflits juridiques et administratifs -, les Drs D_____ et C_____, ainsi que le médecin traitant, ont quant à eux diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité à trait borderline et histrionique incapacitant.

La chambre de céans relève, d'une part, que la Dresse B_____ et le Dr G_____ considèrent que l'assurée peut travailler à 100% et, d'autre part, que les Drs D_____ et C_____ fixent la capacité de travail à 40%, diminution de rendement incluse, et que le médecin traitant l'estime nulle. Il est à cet égard intéressant de souligner que si le Dr G_____ fait effectivement état d'une capacité entière de travail, il indique pourtant que l'activité adaptée que pourrait exercer l'assurée, serait de faire des ménages chez des particuliers ou une autre petite activité, travail qui éviterait les tensions avec des collègues. Or, le fait qu'il n'est pas possible, par définition, de travailler dans ce type d'activité à plein temps, rend la conclusion du Dr G_____ quelque peu contradictoire.

Quoi qu'il en soit, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (Arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références). Or, outre le fait que le Dr G_____ se fonde expressément sur les conclusions de la Dresse B_____ - déclarées non probantes par le TCAS - pour établir son expertise, son expertise ne satisfait pas à ces exigences. Plusieurs propos dénotent en effet un parti pris de l'expert. On s'étonne notamment de lire qu'« il faut souligner que ce type de patients, qui ont appris de par leur situation à être dépendant des assurances sociales et des médecins, induise des transferts plus ou moins utilitaires qui rendent difficile la position du médecin traitant ». Une telle indication démontre une partialité

incompatible avec sa mission. L'expertise est par ailleurs empreinte de jugements de valeur. Le Dr G_____ déclare en effet que « le statut de malade offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalité notamment au niveau professionnel », ou encore qu'« à ces éléments s'ajoute une composante assez histrionique, caractérisée par une certaine tendance à la dramatisation, au théâtralisme, ainsi qu'une pensée très égocentrique et un certain auto-centrisme, car il semble que "tout lui est dû" ».

Pour le surplus, le Dr G_____ ne rapporte pas véritablement ses constatations et les éléments objectifs constatés durant son entretien, dont on ignore d'ailleurs la durée. S'agissant des diagnostics, ils ne sont pas non plus étayés. L'expert mentionne des traits histrioniques, sans que l'on sache sur quels éléments se fonde ce diagnostic si ce n'est qu'il se réfère à la Dresse B_____. Compte tenu du consensus du médecin traitant et des Drs D_____ et C_____, il appartenait au Dr G_____ d'exposer de manière circonstanciée pour quels motifs il s'écartait des diagnostics de l'expertise.

Il doit ainsi être retenu que l'assurée présente certes un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, mais souffre d'un trouble mixte de la personnalité à traits borderline et histrioniques, soit d'un trouble de la personnalité grave qui implique une capacité de travail réduite à 50% (à 40% si l'on tient compte de la diminution de rendement).

13. Reste à déterminer le degré d'invalidité, étant préalablement rappelé que l'OAI a considéré que le statut de l'assurée est celui d'une personne active.
14. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

En l'occurrence, il y a lieu de se référer aux salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité.

Conformément à la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont ainsi basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En effet, en pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité (ATAS/968/2014).

En l'espèce, la capacité de travail est de 40%, diminution de rendement comprise. Aussi le degré d'invalidité est-il de 60%, ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI en effet, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité :

Taux d'invalidité	Droit à la rente en fraction d'une rente entière
40 % au moins	un quart
50 % au moins	une demie
60 % au moins	trois quarts
70 % au moins	rente entière

A noter que du fait que seule une activité simple, routinière, demandant peu de capacités adaptatives et peu d'interactions sociales, serait exigible et vu l'âge de l'assurée, il pourrait se justifier de procéder à un abattement de 10%. Cet abattement ne conduirait toutefois pas à un degré d'invalidité d'au moins 70%.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, en ce sens que l'assurée a droit à un trois quart de rente d'invalidité.
16. Il y a enfin lieu d'examiner la question de la date à compter de laquelle cette réduction doit prendre effet. Le TF a déjà eu l'occasion de se prononcer sur la question de savoir à quel moment la réduction ou la suppression de la rente doit intervenir, lorsque le juge a annulé la décision de révision et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète le dossier puis rende une nouvelle décision. Il a considéré que si l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision qui supprime ou diminue une rente ou une allocation pour impotent, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration, également pendant cette procédure d'instruction jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 106 V 18 ; 129 V 370 ; 8C_451/2010).

En l'espèce, l'OAI avait retiré l'effet suspensif à sa décision du 15 avril 2008, de sorte que la réduction du droit de l'assurée à un trois-quarts de rente doit, au vu de la jurisprudence susmentionnée, prendre effet à compter du 1^{er} juin 2008.

17. Aux termes de l'art. 61 let. g de la LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (ATFA du 1er mars 1990 en la cause C.P.).

Tel est le cas en l'espèce, dès lors que l'assurée a partiellement obtenu satisfaction.

En l'espèce, les dépens seront fixés à CHF 1'500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que l'assurée a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.
3. Annule la décision du 16 avril 2014.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'500.-, à titre de participation à ses frais et 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

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