

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2937/2011

ATAS/515/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mai 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recoursante), née au Portugal en 1963, a été engagée par la société X_____ SA du 1^{er} juin 1998 au 28 février 2001 en tant que monteuse en robinetterie, d'abord à raison de 25 heures par semaine, puis à 100 % dès le 1^{er} juin 1998.
2. L'assurée a déposé, le 10 juillet 2001, une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI), sollicitant un reclassement et une rente, en raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif.
3. Selon les documents médicaux, l'assurée a été hospitalisée deux fois à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA, pour un trouble dépressif. Lors de son premier séjour, du 18 septembre au 12 octobre 2000, il a été diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2 et comme comorbidités, un trouble anxieux F41.9 et une surcharge pondérale. Lors du deuxième séjour, du 12 au 27 mars 2001, les médecins de la clinique ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2, avec comme comorbidités, une fibromyalgie, ainsi qu'une obésité.
4. Dans un rapport du 27 juillet 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie avec un état dépressif, présent depuis l'âge de 13 ans, accompagné d'idées suicidaires. La patiente était en incapacité de travail de 100% depuis le mois de septembre 2000.
5. Dans son rapport du 8 octobre 2001, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel (juillet 2000) sévère avec symptômes psychotiques et une fibromyalgie, depuis juillet 2000. Le trouble anxieux, existant depuis mai 1997, et l'obésité étaient en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail de l'assurée était de 100% depuis le 5 septembre 2000.
6. Par décision du 17 décembre 2001, l'OAI, se fondant sur l'avis du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après SMR) du 10 novembre 2001, a retenu un degré d'invalidité de 100% et alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2001.
7. En juillet 2005, l'OAI a entamé une procédure de révision.
8. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 août 2005, le Dr A_____ a indiqué que l'état psychologique de l'assurée s'était aggravé depuis 2001. Selon le

praticien, une expertise psychiatrique serait nécessaire. Il n'envisageait pas un retour au travail.

9. Le Dr B _____, dans son rapport médical intermédiaire du 9 septembre 2005, indique que l'état de santé de l'assurée est resté stationnaire, avec un état dépressif sévère et des symptômes psychotiques, depuis septembre 2000. Un retour au travail n'était pas envisageable.
10. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a mandaté la Dresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise médicale.

Dans son rapport du 4 janvier 2007, l'experte a relevé que, depuis fin 2001, l'assurée n'a pas nécessité d'hospitalisation, que la situation s'est stabilisée et progressivement améliorée. Les entretiens avec son psychiatre se sont espacés à des consultations mensuelles. Le traitement antidépresseur a été arrêté par la recourante puis ponctuellement repris, cette médication ayant un bon effet sur sa thymie. Un traitement de neuroleptique a été cessé peu de temps après son introduction. Depuis environ mi-2001, l'assurée ne présente plus de symptômes psychotiques. Lorsque les conflits familiaux sont trop conséquents, l'assurée part au Portugal, dans sa maison, pour se ressourcer. Depuis au moins 2003, la situation sur le plan psychique s'est améliorée et dès 2006, le trouble dépressif récurrent peut être considéré en rémission.

La Dresse C _____ a retenu comme diagnostic avec des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), présent depuis environ septembre 2000. Sont en revanche sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), présent depuis 2001, ainsi qu'une personnalité histrionique (F60.4), présente depuis que l'expertisée est jeune adulte. Selon l'experte, l'incapacité de travail est d'environ 70 % pour la période de septembre 2000 à fin 2002, de 50 % de 2003 à fin 2005 et depuis début 2006, à 25%, tout au plus, dans l'activité habituelle, tout comme dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Dans l'activité de ménagère, l'experte estimait que la capacité de travail était entière.

11. Suite au projet de décision par lequel l'OAI indiquait qu'il envisageait de supprimer la rente d'invalidité, l'assurée a été admise le 28 août 2007 en entrée ordinaire à la CLINIQUE DE BELLE-IDEE (ci-après Belle-Idée), en raison d'une péjoration thymique marquée, avec des menaces suicidaires. Selon le résumé du séjour, l'assurée a été hospitalisée dans le département de psychiatrie du 28 août au 17 septembre 2007. Les médecins ont posé comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et sous autre diagnostic, une fibromyalgie.

12. Par décision du 5 mars 2008, l'OAI a supprimé la rente de la recourante, en se basant sur l'expertise du 4 janvier 2007 ainsi que l'avis du SMR. L'effet suspensif à un éventuel recours a été retiré.

13. Par acte du 18 avril 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent. Elle a produit notamment un résumé d'intervention établi en date du 19 octobre 2007 par le Centre de Thérapies Brèves (CTB) à l'attention du Dr B _____, aux termes duquel la patiente lui a été adressée par la Clinique de Belle-Idée et suivie du 17 septembre 2007 au 12 octobre 2007. Le diagnostic principal retenu par les médecins était un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Comme autre diagnostic, il est mentionné un trouble de la personnalité, probable (F60.9). Dans les éléments anamnestiques, il est indiqué que la patiente est connue pour des états dépressifs depuis l'âge de 9 ans, avec hospitalisation d'environ un mois en psychiatrie au Portugal. Ces hospitalisations se sont poursuivies jusqu'à l'âge de 20 ans environ et depuis 1996, la patiente est suivie par le Dr B _____, pour un trouble dépressif récurrent. Il est relevé plusieurs tentatives de suicide, soit par abus médicamenteux, soit par pendaison. A la suite de la mise en suspens de sa rente, la patiente s'est sentie dépassée, culpabilisée, rejetée et a présenté des idées suicidaires envahissantes avec tentative de veinosection, ce qui a motivé l'hospitalisation. Selon les médecins, l'évolution est globalement favorable, même si partielle et très progressive. Au moment de fortes angoisses, la patiente pense se donner la mort. Au cours de l'intervention, il a été observé une amélioration modérée de la symptomatologie. La répétition d'automutilation, de menaces suicidaires ainsi que la présence d'une instabilité affective de longue date sont évocateurs d'un trouble de la personnalité, que les médecins du CTB n'ont pu investiguer, par manque de temps. Compte tenu de l'aspect chronique de la pathologie et de l'absence de dangerosité, le CTB a organisé une reprise de suivi chez le psychiatre traitant.

14. Du 16 mai au 1^{er} juillet 2008, l'assurée a été hospitalisée au CTB de la Servette. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 3 septembre 2008, l'assurée a indiqué avoir été malade dès l'âge de 13-14 ans et, depuis lors, régulièrement hospitalisée pour des problèmes psychiatriques. La recourante a produit un résumé d'intervention du CTB, daté du 28 août 2008, selon lequel elle a été admise dans le service du 16 mai 2008 au 1^{er} juillet 2008 pour la prise en charge d'une exacerbation de la symptomatologie dépressive dans un contexte de difficultés familiales en lien avec la perte de sa rente AI. Le diagnostic principal retenu était une personnalité émotionnellement labile type borderline (F63.1) et comme autres diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance /(F13.25).

15. Par arrêt du 8 juillet 2009, le TCAS a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il statue sur le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle. Pour le surplus, il a confirmé la suppression de la rente, motif pris que l'état de santé psychique de l'assurée s'était amélioré.
16. Le recours interjeté par l'assurée a été admis par le Tribunal fédéral. Dans son arrêt du 13 avril 2010, le TF a relevé que l'experte n'avait pas examiné de façon détaillée l'évolution de la maladie. Il a considéré qu'hormis l'absence d'hospitalisation entre 2002 et 2007 et la modification du diagnostic retenu, les éléments objectifs permettant d'établir l'existence d'une évolution clinique notable susceptible de contredire le point de vue des médecins traitants faisaient défaut. A l'inverse, les hospitalisations vécues semblent être les signes manifestes et objectifs de décompensations psychiques et du caractère apparemment précaire de la rémission observée par l'experte. Il apparaissait à tout le moins judicieux d'interroger les médecins traitants au sujet de l'évolution de la pathologie et de l'intensité du traitement. Le TF a annulé l'arrêt du TCAS ainsi que la décision de l'OAI du 5 mars 2008 et renvoyé la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique.
17. L'OAI a mandaté le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
18. Dans son rapport du 13 janvier 2011, l'expert indique avoir examiné l'assurée en date des 6 et 15 décembre 2010 et avoir pris contact téléphoniquement avec le Dr B _____ le 13 janvier 2011. Dans les antécédents psychiatriques, l'expert note que l'assurée dit avoir constamment souffert, depuis l'âge de 10 ans, de troubles psychiatriques, avec hospitalisation toutes les années jusqu'à son mariage en 1987. S'agissant des plaintes actuelles, l'assurée dit que ses problèmes sont essentiellement d'ordre psychiatrique, mais positionne néanmoins ses plaintes douloureuses au premier plan. Elle se plaint aussi de tristesse, de fatigue anormale ainsi que de la perte de l'intérêt et du plaisir. Elle rapporte aussi des préparatifs de suicide inquiétants. L'expert a constaté des cicatrices, l'assurée se lacérant occasionnellement la peau. A l'observation, l'expert note que l'assurée se présente de façon dramatiquement souffrante, larmoyante ou au bord des larmes. Elle est orientée dans le temps et l'espace, ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques, ni de déficit praxique ou gnosique. Elle peut paraître déprimée, sans plus. Elle n'est pas manifestement ralentie. Elle montre parfois un certain degré de fébrilité anxieuse. Il n'y a pas d'indices pour un délire, ni de signes indirects d'hallucinations. L'expert retient en définitive les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4), trouble dépressif majeur récurrent, état actuel moyen (F 33.2) et de trouble mixte de la personnalité (F.61.0). Dans l'appréciation du cas, le Dr E _____ note une souffrance authentique et le fait que l'expertisée présente sans aucun doute des troubles psychiatriques. Il relève que l'assurée a aussi des ressources qu'elle sait mettre en valeur s'il y a lieu. Elle a pu

gérer le processus d'expertise, tient sa maisonnée, fait les courses. Ce qui domine le tableau clinique pourrait relever du trouble de personnalité, qui n'a cependant pas valeur incapacitante en soi. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, ni d'état figé et cristallisé. L'assurée devrait être à même de surmonter les symptômes liés au trouble somatoforme et réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. Selon l'expert, on doit admettre que les troubles psychiques de l'assurée ont tout de même eu une évolution favorable. L'expert explique que lors de l'octroi de la rente au début des années 2000, on était face à une personne présentant une pathologie dépressive constamment décrite comme sévère, avec des scénarios suicidaires et un risque constant de passage à l'acte. Lors de la révision initiée en 2005, les médecins traitants notent toujours l'épisode dépressif comme sévère, appréciation qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute. En 2007, l'expertise de la Dresse C_____ rapporte une rémission de l'épisode dépressif, documentée et par la suite, tous les rapports médicaux au dossier, notamment des HUG, notent un épisode dépressif moyen, les caractéristiques psychotiques n'étant plus retrouvées. Au vu du trouble de la personnalité et de ce qui a été constaté jusqu'ici, le pronostic à long terme pourrait être réservé. Selon l'expert, l'évolution a été ainsi favorable depuis le 1^{er} mars 2007, malgré la notion de crise transitoire avec hospitalisation, et en l'état actuel, il n'y a pas d'incapacité de travail psychiatrique.

19. Le projet de décision de l'OAI par lequel il informait l'assurée qu'il entendait confirmer la suppression de la rente a été contesté par la mandataire de l'assurée, motifs pris que le rapport d'expertise contenait de nombreuses contradictions.
20. Par courrier du 27 juin 2011, le SMR a demandé des précisions à l'expert, notamment quant au trouble mixte de la personnalité.
21. Le 26 juillet 2011, le Dr D_____ précise, s'agissant du trouble mixte de la personnalité, qu'il n'a pas empêché l'expertisée de travailler normalement pendant des années et qu'il n'était pas manifestement exacerbé lors de son observation du 13 janvier 2011, de sorte que l'on ne peut admettre qu'il se soit durablement aggravé. Ce trouble n'est pas suffisamment sévère pour qu'il doive être considéré comme une véritable maladie mentale et qu'il ait valeur incapacitante en soi. Il peut néanmoins grever négativement le pronostic de l'épisode dépressif et du syndrome douloureux persistant, possibilité qui lui a fait dire que le pronostic pourrait être réservé. Quant à la sévérité de l'épisode dépressif actuel, trois critères sont retenus, à savoir la tristesse et la fatigue anormales, ainsi que la perte de l'intérêt et du plaisir. L'expert a aussi constaté la baisse de l'estime de soi, les difficultés à penser et à se concentrer, ainsi que les troubles du sommeil. Le Dr D_____ explique que tous les rapports médicaux qui suivent l'expertise de la Dresse C_____ du 4 avril 2007 ne diagnostiquent jamais plus qu'un épisode dépressif moyen, même lors de l'hospitalisation de l'assurée entre le 28 août 2007 et le 17 septembre 2007. Par conséquent, le total de six symptômes correspond à un épisode dépressif moyen selon la CIM-10 ; l'expert admet pour le surplus qu'il convient de classer ce

trouble sous le chiffre F 33.1 au lieu de F 33.2 comme noté par erreur dans son rapport d'expertise.

22. Par décision du 25 août 2011, assortie du retrait de l'effet suspensif, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la décision du 5 mars 2008, motif pris que l'assurée présente une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aboutissant à un degré d'invalidité de 37 %, insuffisant pour permettre le maintien de la rente. Pour le surplus, des mesures professionnelles ne seraient ni simples, ni adéquates.
23. L'assurée, représentée par sa mandataire, interjette recours le 26 septembre 2011. Elle conteste la valeur probante de l'expertise, dès lors que le diagnostic de trouble dépressif doit être séparé du trouble somatoforme persistant. L'expert affirme d'ailleurs que le trouble dépressif remonte à de nombreuses années, que le TSD est apparu postérieurement et que les symptômes du registre dépressif tendent aujourd'hui à prendre le dessus. Or, malgré l'importance des troubles psychiatriques constatés tout au long de l'expertise, les préparatifs de suicide inquiétants, les automutilations dûment constatées qui constituent un facteur de risque suicidaire non négligeable selon l'expert lui-même, le Dr D_____ nie de manière incompréhensible le caractère invalidant de ses troubles psychiques. Selon la recourante, les conclusions de l'expert ne peuvent être suivies et il convient de tenir compte d'une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité, d'une certaine acuité et d'une durée importante, d'un processus maladif de longue durée et de la résistante au traitement selon les règles de l'art. En outre, il convient encore de rappeler le trouble mixte de la personnalité qui réserve le pronostic à long terme. La recourante conclut au maintien de sa rente entière d'invalidité subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente, compte tenu d'un abattement de 15 % sur le salaire d'invalidé auquel il convient de procéder.
24. Dans sa réponse du 18 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée. Pour le surplus, l'intimé considère qu'un abattement de 15 % sur le salaire d'invalidé ne se justifie pas, la recourante étant installée en Suisse depuis plus de 20 ans.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
26. Par ordonnance du 2 mai 2012, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet.
27. Dans son rapport d'expertise du 9 novembre 2012, l'expert a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité (F61), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et un trouble panique (F41.0). Les deux premières pathologies remontent à l'adolescence et il est vraisemblable qu'une composante anxieuse - qui prend actuellement la forme d'un trouble

panique - est présente depuis la même époque. Selon le Dr F _____, le trouble dépressif a une existence propre, indépendamment du trouble douloureux, au vu de sa sévérité attestée à au moins deux reprises et le fait qu'il soit apparu bien avant le trouble douloureux. Cette affection a nécessité de longue date et de manière à peu près constante depuis son début des traitements psychiatriques ambulatoires et hospitaliers. La gravité de la dépression a fluctué depuis le début de l'affection actuelle en 2000, probablement sans rémission complète depuis lors. Elle a été documentée comme sévère en 2000-2001, entre 2002 et 2006 il n'existe pas de description clinique précise permettant d'apprécier objectivement l'évolution. Depuis 2001, le traitement a été constamment assuré par le Dr B _____ sous forme d'entretiens de soutien une à deux fois par mois, de prescriptions d'antidépresseur et d'anxiolytiques, avec l'appui de Belle-Idée et du CTB en 2007 et 2008 et de la clinique genevoise de Montana en 2010. Il est resté à peu près le même pendant toute la durée en question, à l'exception d'une période d'interruption de l'Efexor (venlafaxine) au profit du Remeron (mirtazapine), abandonné par la suite en raison de ses effets indésirables. Analysant les pièces médicales du dossier, l'expert a procédé à une discussion du cas et considéré que l'incapacité de travail était de 100% de septembre 2000 à mars 2007, de 40% d'avril 2007 à février 2012 et à nouveau de 100% depuis mars 2012. Il a expliqué que ce taux était global et qu'il intégrait l'ensemble des problèmes de santé, le trouble dépressif étant l'élément prédominant. L'état de santé de l'assurée s'est à nouveau péjoré en février 2012, date du suicide de son père. Depuis lors, il y a une perte d'intégration sociale surtout due à la dépression. Selon l'expert, il existe une comorbidité sévère et durable. Aucune activité n'est raisonnablement exigible de la part de l'assurée actuellement.

28. Dans ses conclusions du 18 décembre 2012, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 18 décembre 2012. Sous la plume de la Dresse G _____, le SMR ne partage pas les conclusions de l'expert en ce qui concerne la période antérieure à février 2012, notamment le fait que le trouble psychique préexistait à la fibromyalgie. En revanche, il admet une aggravation et une incapacité totale de travail dès le mois de février 2012. L'intimé conclut au rejet du recours, dès lors que seuls les faits retenus lors de la décision litigieuse du 25 août 2011 doivent être pris en compte.
29. La recourante conclut quant à elle à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50% du 1^{er} mai 2008 au 28 février 2012, compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 juillet 2009, puis à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
30. Après échange des écritures, la cause a été 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. Déposé dans les forme et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à supprimer, par voie de révision, la rente d'invalidité de la recourante avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit sa décision du 5 mars 2008.
4. Selon la jurisprudence rendue en application du l'art. 41 aLAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 350 s., 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s. et 387 consid. 1b p. 390 s. et les références).

Il n'y a en revanche 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 372 consid. 2b et 390 concis. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). De même, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Par ailleurs, la jurisprudence a précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite

par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 et 106 V 18; voir également arrêt 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96).

5. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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; 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_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance sociale, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; ATF non publié 8C_552/2009 du 8 avril 2010, consid. 5.3).

6. En l'occurrence, la Cour de céans a jugé que l'expertise du Dr D_____ ne pouvait pas être retenue, dès lors que contrairement à ce que le Tribunal fédéral avait préconisé, il n'avait pas interrogé les médecins traitants ou du moins pas consigné leurs déclarations au sujet de l'évolution de la pathologie et de l'intensité du traitement. Il apparaissait par ailleurs nécessaire de clarifier les aspects médicaux, raison pour laquelle elle a ordonné une expertise judiciaire et mandaté le Dr F_____ à cet effet.

L'expert a rendu son rapport en date du 9 novembre 2012. Il a examiné la recourante, a procédé à une anamnèse complète et détaillée, a pris en compte les plaintes de l'assurée. Il a pris connaissance de l'intégralité du dossier, contacté le médecin traitant et procédé à un examen de laboratoire pour dosage du taux sanguin de l'antidépresseur. Les diagnostics posés se réfèrent à la classification internationale reconnue (CIM-10). L'expert a ainsi retenu les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F61), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble panique (F41.0). Il a expliqué de façon détaillée comment il est parvenu à poser lesdits diagnostics en se fondant sur les descriptions cliniques des médecins (Dr B_____, CTB, HUG, Dr D_____, Dresse C_____) et pour quelles raisons il s'écartait du diagnostic de syndrome douloureux persistant posé par le Dr D_____. L'expert a procédé à une discussion et appréciation circonstanciée du cas, expliquant en particulier que les deux premiers diagnostics concernent des pathologies présentes depuis l'adolescence, la recourante présentant une fragilité structurelle de la personnalité. L'expert a aussi expliqué pourquoi le trouble

dépressif récurrent était préexistant à la fibromyalgie et dépassait le cadre d'une simple réaction dépressive. Il a ensuite discuté de la gravité du trouble dépressif, de son évolution et des répercussions des troubles constatés sur la capacité de travail de la recourante. Il a conclu qu'il n'y avait pas de raison de remettre en cause l'incapacité de travail durable retenue en 2001. Toutefois, l'état de santé de la recourante s'était nettement amélioré en 2007. Concernant l'évolution de la capacité de travail, l'expert a conclu à une incapacité de travail de 100 % de septembre 2000 à mars 2007, de 40 % d'avril 2007 à février 2012, puis à nouveau de 100 % depuis mars 2012.

Le SMR admet une aggravation manifeste et non contestée dès le mois de février 2012 avec une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative, mais ne partage pas l'avis de l'expert pour la période précédente. Il conteste que le trouble dépressif récurrent et le trouble panique soient antérieurs à la fibromyalgie, car ce n'est corroboré ni par le psychiatre traitant, ni par les deux autres experts psychiatres. Dès lors qu'en 2001, la comorbidité psychiatrique a été reconnue comme étant prépondérante, elle n'est plus au premier plan au vu de l'amélioration constatée, ce que le Dr D_____ avait confirmé. En revanche, dès février 2012, le SMR est d'accord avec l'expert et admet une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une incapacité de travail totale dans toute activité, une révision étant nécessaire entre 12 et 18 mois après le suicide du père.

Contrairement à ce que l'intimé soutient, les conclusions du Dr F_____ à propos des troubles psychiques, notamment du trouble dépressif préexistant, ne sont nullement contredites par les pièces au dossier. La Cour de céans relève en premier lieu que lors de la première demande de prestations, aucune expertise psychiatrique n'avait été effectuée. En revanche, le Dr A_____ avait indiqué dans son rapport du 27 juillet 2001 que la patiente avait un long passé d'état dépressif, depuis l'âge de 13 ans. Le Dr B_____, dans son rapport relativement succinct du 8 octobre 2001, avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent et qualifié l'épisode actuel (soit en juillet 2000), de sévère, avec symptômes psychotiques. En outre, la patiente avait mentionné des états dépressifs à répétition. Enfin, un trouble anxieux datant de mai 1997 était également diagnostiqué par le psychiatre. Le problème principal était ainsi le trouble dépressif récurrent sévère qui était bien au premier plan et provoquait une incapacité de travail totale dans toutes les activités, comme le SMR l'admettait d'ailleurs dans son avis du 10 novembre 2001. C'est pourquoi une analyse plus poussée au regard du diagnostic de la fibromyalgie n'avait pas été faite à l'époque et la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. En procédure de révision, entamée en 2005, le Dr A_____ mentionnait une péjoration de l'état psychique, alors que le Dr B_____ évoquait un état stationnaire. Dans son rapport d'expertise du 4 avril 2007, la Dresse C_____ notait à l'anamnèse personnelle des dépressions depuis 1972 qu'elle a qualifiées plutôt d'état anxieux et à l'anamnèse familiale, des dépressions chez une tante maternelle émergeant d'une rente de l'état français, ainsi que chez

une tante paternelle, avec suicide vers 1990. Quant à l'expert E_____, il indiquait que l'expertisée rapporte la dépression chez une tante maternelle et le suicide d'une tante paternelle, dans un contexte de dépression. Il ajoutait que les antécédents psychiatriques étaient difficiles à reconstituer, mais l'expertisée indiquait que depuis l'âge de 10 ans, elle avait constamment souffert de troubles psychiatriques, notamment d'anxiété, avec la peur du noir et la peur de la mort, troubles pour lesquels elle aurait été hospitalisée toutes les années jusqu'à son mariage en 1987.

Par conséquent, force est de constater que les conclusions du Dr F_____ quant à la préexistence des troubles psychiques par rapport à la fibromyalgie sont convaincantes, étant relevé au surplus qu'il a bien discuté des diagnostics et expliqué pour quelles raisons il se distançait des rapports d'expertise de ses confrères. Quant à l'évolution de la capacité de travail, l'expert en a également expliqué les raisons, du point de vue médical. Enfin, il convient de relever que le rapport de l'expert est fondé sur l'ensemble des documents médicaux, qu'il contient une analyse pointue et que ses conclusions circonstanciées sont exemptes de contradictions.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter de l'expertise judiciaire, qui revêt pleine valeur probante, et de retenir que l'état de santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure notable entre les mois d'avril 2007 à février 2012 (incapacité de travail de 40 %), avec une nouvelle aggravation depuis mars 2012 (incapacité de travail de 100 % dans toute activité).

7. Il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante, compte tenu d'une incapacité de travail de 40 %.

A titre préalable, la Cour de céans rappelle que le statut de personne active doit être retenu en l'espèce, ainsi qu'il résulte du dossier et de l'instruction complémentaire effectuée par le TCAS en 2009, de sorte que la méthode générale de comparaison des revenus au sens des art. 28 LAI et 16 LPGA est applicable.

L'intimé s'est référé à juste titre dans son courrier de juin 2009, pour déterminer le revenu d'invalidé, aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), étant donné que la recourante a cessé définitivement de travailler en 2001. Le salaire mensuel que peuvent réaliser les femmes exerçant des activités simples et répétitives s'élève à 4'019 fr. en 2006, pour 40 heures de travail par semaine (cf. ESS 2006, tableau TA1, niveau d'activité 4). Il convient de réactualiser ce montant à l'année 2007, époque où la recourante a recouvré une capacité de travail de 60 %: le salaire mensuel s'élève à 4'081 fr. 70 (4'016 / 2140 x 2175; cf. évolution des salaires nominaux, La Vie économique 7/8-2008, p. 91 tableau B10.3). Etant donné que la durée normale hebdomadaire de travail dans les entreprises est de 41,7 heures en 2006 (La Vie économique 1/2-2009, tableau B9

p. 98), le salaire mensuel s'élève à 4'255 fr. 15, soit à 51'062 fr. par année. Compte tenu d'une capacité de travail de 60 % dès avril 2007, sans diminution de rendement, le salaire annuel est de 30'637 fr. 20. Conformément à la jurisprudence, la Cour de céans appliquera une réduction de 10 % pour tenir compte des circonstances du cas concret, à savoir que seule une activité à taux partiel est envisageable, ce qui est de nature à influencer les conditions salariales auprès d'un nouvel employeur. Le revenu d'invalidé s'élève par conséquent à 27'573 fr. 50.

Le revenu sans invalidité de la recourante était de 49'456 fr. en 2000 (3'805 x 13). Réactualisé à 2007, il s'élève à 54'797 fr. 15. Après comparaison du revenu d'invalidé au revenu sans invalidité $[(54'797.15 - 27'573.50) / 54'797.15 \times 100]$, il en résulte un degré d'invalidité de 49,68 %, arrondi à 50 % (cf. ATF 130 V 222), ouvrant droit dorénavant à une demi-rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 aLAI, en sa tenue en vigueur au 31 décembre 2007).

8. Conformément à l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), si la capacité d'un assuré s'améliore, 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. La diminution de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI).

En l'espèce, la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante, assortie du retrait de l'effet suspensif, date du 5 mars 2008. Par conséquent, la rente d'invalidité doit être réduite à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2008.

9. Reste encore à examiner la question de l'aggravation de l'état de santé à partir du mois de mars 2012.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503 ; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet

de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich MEYER/Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140).

En l'espèce, la décision litigieuse date du 25 août 2011. Dans son rapport d'expertise, le Dr F_____ a fait état d'une aggravation manifeste de l'état de santé psychique de la recourante dès le mois de mars 2012, c'est-à-dire après le suicide du père en février 2012 : l'état dépressif récurrent correspond à nouveau à un épisode dépressif sévère, avec une composante anxieuse et une perte d'intégration sociale, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Le SMR, dans son avis du 18 décembre 2012 auquel l'intimé renvoie, reconnaît cette aggravation et l'incapacité de travail totale dans toute activité lucrative.

Par conséquent, en application de la jurisprudence citée supra et par économie de procédure, il se justifie d'élargir l'objet de la contestation et de reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
11. La recourante, représentée par une avocate, a droit une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la Cour fixe en l'occurrence, compte tenu du nombre d'écritures, à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 1 LPA).

Conformément à l'art. 69 al.1bis LAI, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006, l'intimé est condamné à payer un émolument de 500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2008 et à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de sa mandataire.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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