

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/677/2011

ATAS/1250/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame O _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Yann Pierre

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZ-ZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame O _____, née en 1957, ayant exercé comme employée de pressing puis aide hospitalière, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 1994 (cf. décisions du 20 mai 1996 [pce 29 intimé], du 1^{er} novembre 1996 [pce 30 intimé] et du 10 septembre 1997 [pce 31 intimé]).
2. Cette rente lui a été accordée à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un rapport rédigé le 6 mai 1994 par le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne, expliquant que l'assurée avait traversé deux épisodes dépressifs importants, le premier alors qu'elle était âgée de 15 ans, l'autre en 1990 ; qu'en mai 1993, était apparue une toux caverneuse, devenant progressivement invalidante, que le médecin a qualifié d'"impressionnante" et dont il a indiqué qu'elle ne permettait pas à l'assurée de continuer à exercer son activité dans une résidence pour personnes âgées; qu'aucune cause somatique n'ayant été mise en évidence malgré des investigations extensives (pneumologique, gastro-antérologique et oto-laryngologique), on avait finalement conclu à une toux d'origine psychogène ; que par la suite, les symptômes d'un état dépressif avaient été mis en évidence, raison pour laquelle la patiente avait été adressée au Centre de thérapies brèves (CTB) ; selon le Dr A _____, cet état dépressif s'était aggravé durant les semaines précédant son rapport, au point d'entraîner un dysfonctionnement quotidien, principalement en raison de troubles de la concentration ;
 - un rapport du Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant, en novembre 1995, à une incapacité totale de travail depuis le 3 septembre 1993 en raison d'épisodes dépressifs majeurs ;
 - un bref avis du médecin conseil de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI), daté du 28 novembre 1995, considérant qu'au vu de l'état dépressif sévère et récurrent, une reprise d'activité était peu probable, et préconisant une révision du dossier deux ans plus tard.
3. Une procédure en révision a été ouverte en juin 2004, dans le cadre de laquelle l'assurée a allégué que son état de santé était demeuré inchangé.
4. Le 13 novembre 2005, son psychiatre traitant, le Dr C _____, a rédigé un rapport relatant que sa patiente souffrait d'épisodes dépressifs moyens sans syndrome somatique depuis 1994, d'une dysthymie sur trouble de personnalité histrionique depuis l'adolescence, d'un status post tentamens multiples, de difficultés liées à une enfance malheureuse, d'antécédents familiaux d'abus d'alcool, de troubles mentaux et de troubles du comportement. Le psychiatre a conclu à une totale incapacité de travail et a qualifié l'état de santé de l'assurée de stationnaire. Il a encore précisé que le dernier tentamen remontait à trois ans. Enfin, il a réservé son pronostic en raison

du vécu de sa patiente, de l'ancienneté des troubles et de l'existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent.

5. Le dossier de l'assurée a été soumis au service médical régional AI (SMR), qui, relevant que l'état dépressif était désormais qualifié de moyen, a préconisé un examen approfondi afin de déterminer si une amélioration était survenue depuis 1994.
6. L'assurée a été adressée au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 2 décembre 2007 (pce 61 OAI), sur la base du dossier assécurologique et médical, d'entretiens avec l'assurée et d'un dosage médicamenteux.

Après une description détaillée des plaintes de l'assurée et de sa situation sociale, physiologique, médicale et psychiatrique, l'expert a conclu à une grande discordance entre les plaintes de l'assurée et ses propres observations. Selon lui, les éléments les plus significatifs étaient les fluctuations émotionnelles de l'assurée et son anxiété sous-jacente. Le dosage avait révélé que si l'antidépresseur se trouvait présent à des taux corrects, le thymostabilisateur était en revanche très insuffisant.

L'expert a relevé que les rapports intermédiaires - en particulier ceux du médecin traitant - parlaient à la fois d'épisodes dépressifs moyens et de dysthymie, ce qui contrastait très fortement avec ses propres constatations cliniques. Il a expliqué avoir quant à lui observé une femme certes un peu affectée et ralentie mais par ailleurs bien entretenue, à l'aise en français, ne montrant aucun trouble cognitif, positive, euthymique, souriante et fonctionnelle dans beaucoup de domaines de la vie quotidienne. Il était au surplus ressorti de l'anamnèse systématique qu'elle n'était que peu démunie et qu'un certain nombre d'éléments, par exemple la réduction des contacts sociaux, se faisait par choix et non en raison de la maladie. L'expert a souligné que l'assurée était mobile, utilisait les transports publics, faisait des séjours réguliers au Portugal, gérait correctement son diabète, lisait passablement et s'occupait de son entourage.

L'expert a considéré que l'atteinte de l'assurée pouvait être qualifiée au maximum de dysthymie, ce qui correspondait au deuxième diagnostic posé par le psychiatre traitant. Si un état dépressif plus important avait existé auparavant, il était désormais suffisamment compensé par la médication en place. Il existait certes, en parallèle, quelques éléments secondaires (tendance au dysfonctionnement neurovégétatif et à la majoration de symptômes) mais insuffisants pour pouvoir justifier un diagnostic.

L'expert a conclu à une incapacité de travail de 20% au maximum sur le plan purement psychiatrique.

7. L'OAI a alors pris la décision de mettre l'assurée au bénéfice d'un stage de réentraînement au travail auprès de la FONDATION PRO. Un terme a cependant dû être

mis au stage en question après une journée, à l'issue de laquelle l'assurée a été mise en arrêt de travail par son médecin traitant, le Dr C_____. Il ressort du rapport de la FONDATION PRO que l'assurée s'est présentée sans avoir pris ses médicaments pour être sûre d'être en mesure de se lever le matin, qu'elle a craqué quelques minutes après son arrivée à l'atelier, qu'elle a fait une nouvelle crise d'angoisse deux heures plus tard et qu'elle a finalement dû être ramenée chez elle.

8. Interpellée par l'OAI, le Dr C_____ a expliqué par courrier du 9 novembre 2010 avoir conclu des explications données par sa patiente que cette dernière avait vraisemblablement été victime d'une attaque de panique dans le cadre d'une agoraphobie. Le médecin a ajouté que sa patiente était convaincue de ne pouvoir poursuivre ce stage, qu'il l'avait pourtant vivement encouragée à suivre.
9. L'OAI a alors communiqué au Dr C_____ le rapport d'expertise du Dr D_____.
10. Par courrier du 19 novembre 2010, le médecin traitant a annoncé être dans l'incapacité de se prononcer sur la question de la capacité de travail de sa patiente et s'en est remis à l'avis d'un "expert neutre".
11. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au SMR, plus particulièrement au Dr E_____, qui a émis l'avis que l'échec rapide de la mesure de réentraînement au travail ne pouvait être considéré comme une aggravation mais plutôt comme une réaction aiguë à un phénomène stressant chez une assurée clairement démonstrative et n'ayant plus exercé d'activité depuis dix-sept ans. Le médecin a relevé que le Dr C_____ n'avait allégué ni fait médical nouveau ni aggravation. Dès lors, il a préconisé de s'en tenir aux conclusions de l'expert psychiatre.
12. Informée de l'intention de l'OAI de lui supprimer sa rente, l'assurée a protesté en reprochant à l'expert d'avoir exposé certains faits de façon incomplète ou même contraire à la vérité. Son conseil a apporté un certain nombre de précisions relatives à l'anamnèse de sa mandante, en mettant en exergue le fait que celle-ci avait été rejetée par ses parents, qu'elle avait souffert d'une première décompensation à l'âge de 15 ans déjà, que son époux, non content de lui être infidèle, l'agressait physiquement, qu'elle avait ensuite rencontré des difficultés avec sa fille aînée, etc. Le conseil de l'assurée a allégué que sa mandante était manifestement victime d'une perte de contact avec la réalité et a reproché à l'expert d'avoir négligé plusieurs éléments et symptômes qu'un examen d'une heure et demie ne suffisait sans doute pas à mettre en évidence. Il a dès lors préconisé l'hospitalisation de sa mandante afin que cette dernière puisse être observée dans ses comportements habituels pendant quelques semaines au moins, ajoutant qu'à son avis, deux voire trois symptômes caractéristiques d'une schizophrénie (hallucinations, perte de volonté et "symptômes négatifs") étaient présents. Enfin, le conseil de l'assurée a rappelé que cette dernière n'avait plus travaillé depuis 17 ans.

13. Par décision du 1er février 2011, l'OAI a mis un terme à la rente accordée jusqu'alors à l'assurée avec effet au 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI, après comparaison du revenu que l'assurée aurait pu réaliser sans atteinte à sa santé (52'427 fr.) avec celui qu'elle aurait pu théoriquement obtenir en exerçant une activité simple et répétitive à 80% et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte de son âge (Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] TA1 2008, niveau 4 = 4'116 fr./mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'281 fr./mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 51'368 fr. en 2008 = 52'457 fr. en 2010 = 41'966 fr. à 80% = 33'573 fr. après réduction de 20%), a conclu à un degré d'invalidité de 36%.

14. Par écriture du 4 mars 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise et à ce que soit restitué l'effet suspensif, principalement, à ce que sa rente d'invalidité soit maintenue, subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour nouvelle expertise et nouvelle décision.

En substance, la recourante conteste la validité de l'expertise du Dr D_____ dont elle allègue qu'elle est quoi qu'il en soit obsolète.

15. Invité à se déterminer sur la demande en restitution de l'effet suspensif, l'intimé, dans sa réponse du 22 mars 2011, a conclu à son rejet en faisant notamment remarquer que les diagnostics de schizophrénie ou d'épilepsie évoqués par conseil de la recourante n'étaient étayés par aucun document médical.
16. Par arrêt du 2 mai 2011 (ATAS/425/2011), la Cour de céans a rejeté la demande de restitution d'effet suspensif.
17. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 26 mai 2011 au cours de laquelle a été entendu le Dr C_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, née en 1953, domiciliée à Chêne-Bougeries.

Le témoin a confirmé que l'assurée souffre d'une dysthymie, c'est-à-dire d'un état dépressif chronique, ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité. Cette dysthymie est traversée de phases de décompensation. Elle a ainsi traversé trois épisodes de décompensation :

- le 24 octobre 1994 (hospitalisation jusqu'au 9 décembre),
- puis le 10 avril 2002 (hospitalisation jusqu'au 7 mai 2002),
- et enfin, en février 2011.

Ces épisodes peuvent durer quelques mois mais peuvent aussi se prolonger au-delà.

Le psychiatre traitant a dit ne pas partager l'avis du Dr D_____ quant à l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente, dont il pense qu'elle ne peut, au mieux, que travailler dans un atelier protégé car il lui est impossible de se réinsérer sur le marché du travail normal.

Le témoin a indiqué partager les conclusions du Dr D_____ quant aux diagnostics retenus, précisant néanmoins qu'à son avis, le trouble de la personnalité est mixte : traits de personnalité dépendante et traits de personnalité histrionique. La personnalité dépendante se traduit par la dépendance dans laquelle se trouve la patiente par rapport à sa fille cadette ; quant à la personnalité histrionique, elle se traduit par une exagération de l' « émotionnalité ».

Le témoin a expliqué que la personnalité histrionique a pour conséquence que l'assurée ne se montre absolument pas rationnelle s'agissant de son état de santé. Elle se laisse guider par l'émotionnel et se montre très démonstrative s'agissant de sa symptomatologie mais il ne s'agit en aucun cas de simulation.

Le médecin a précisé avoir délivré un certificat d'arrêt à sa patiente à la demande de celle-ci ; il lui aurait cependant semblé judicieux qu'elle travaillât au moins quelques heures ou une semaine à la Fondation PRO afin que son état puisse être évalué. Cela n'aurait pu que lui faire que du bien.

18. Les enquêtes se sont poursuivies les 1er septembre 2011 avec l'audition du Dr F_____, du CTB, qui a suivi l'assurée depuis le mois d'avril 2011.

La patiente présentait alors un état dépressif qualifié de moyen. Il n'y avait pas de problématique de trouble panique, mais une anxiété.

Selon le témoin, la patiente, lorsqu'il a été mis fin à son suivi, n'était pas dans la capacité d'exercer une activité lucrative, même à temps partiel.

19. Le 15 septembre 2011, la recourante a produit deux rapports complémentaires :

- le premier, établi le 25 mai 2011 par les Drs G_____ et H_____, du Département des neurosciences cliniques, service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), indique qu'après examen d'exploration de l'épilepsie, aucune activité irritative n'a été constatée en dehors de rares éléments thêta temporaux gauches ;
- le second, établi le 27 mai 2011 par le Dr I_____ après une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale conclut à la présence de très discrètes altérations de signal de la substance blanche, à corrélérer en premier lieu à une recherche de facteurs de risques cardiovasculaires et à l'absence d'arguments en faveur d'une lésion ischémique récente ou subaiguë ainsi qu'à des régions temporales internes sans anomalies notables.

20. Le Dr J _____, chef de clinique de l'unité dans laquelle la recourante a été hospitalisée à Belle-Idée, a été entendu en date du 13 octobre 2011.

Le médecin a indiqué qu'à son entrée, l'assurée souffrait d'un état dépressif moyen qui a partiellement évolué durant son séjour. A sa sortie, au vu de l'amélioration de la symptomatologie, il pouvait être qualifié de léger. Un suivi au CTB a été mis sur pied afin de renforcer l'amélioration obtenue.

Durant le séjour de l'assurée, aucun trouble panique n'a été constaté, ni aucune crise d'épilepsie. A aucun moment, les diagnostics de schizophrénie ou de troubles schizoïdes n'ont été envisagés.

Le témoin a expliqué que son unité est une unité de crise, qui reçoit des patients se trouvant, par définition, en situation aiguë, et qu'en conséquence, durant son séjour de trois semaines, l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler. Il n'a pu indiquer si, à sa sortie, elle avait recouvré une capacité de travail résiduelle.

Enfin, le témoin a souligné que l'existence d'un trouble de la personnalité mixte influence négativement l'évolution du trouble dépressif, raison pour laquelle le pronostic ne peut être que réservé.

21. Egalement entendu ce jour-là, le Dr K _____, du service de neurologie des HUG, à Genève, a expliqué que l'assurée lui avait été adressée par son psychiatre traitant dans un contexte de récurrence de crise d'épilepsie.

Il ressort de l'anamnèse que l'intéressée a été victime de crises entre l'âge de 20 et 30 ans, crises qui ont ensuite disparu pendant des années.

Sur la base des dires de la recourante, le médecin est parvenu à la conclusion qu'à deux reprises, il y avait eu récurrence. Soit ces récurrences s'expliquaient par les changements médicamenteux qui avaient accompagné son hospitalisation, soit elles s'expliquaient par de nouvelles lésions cérébrales. Afin de vérifier cette seconde hypothèse, une IRM a été pratiquée, qui a montré l'absence d'anomalies, raison pour laquelle le médecin a conclu que ces récurrences étaient à mettre sur le compte du changement médicamenteux. Si l'on fait preuve de prudence dans le choix des médicaments, on peut raisonnablement espérer éviter une nouvelle récurrence, ce d'autant que l'épilepsie de l'assurée est très peu active.

Une épilepsie telle que celle dont souffre la recourante, c'est-à-dire à évolution tout à fait calme et avec récurrences occasionnelles dans un contexte bien particulier, ne limite pas la capacité de travail. Il convient cependant de prendre certaines précautions : adopter des horaires réguliers et éviter les situations dangereuses.

22. Dans ses écritures après enquêtes du 10 novembre 2011, l'intimé, après avoir consulté son Service médical régional (SMR), a demandé que soient produits les do-

cuments susceptibles de corroborer les nouveaux éléments évoqués au plan somatique (cardiovasculaire, ophtalmologique et locomoteur).

Pour le reste, l'intimé s'est référé à l'avis émis le 7 novembre 2011 par les Drs E_____ et L_____, lesquels ont relevé que, selon le Dr J_____, à aucun moment les diagnostics de schizophrénie ou de troubles schizoïdes n'avaient été envisagés ; ils ont estimé que le nouvel épisode dépressif était clairement réactionnel à la tentative d'observation mise en place en octobre 2010 ; il ont également relevé que lors de l'hospitalisation de la recourante, différentes investigations avaient été mises en place pour évaluer les impacts du diabète sur les plans cardiovasculaire et ophtalmologique, qui n'avaient pas été versées au dossier (consultation du 6 avril 2011 à la polyclinique sur le plan cardiovasculaire et consultation du 23 mars 2011) ; de même, des lombosciatalgies avaient été évoquées, dont on ignorait quelle avait été l'évolution. Les médecins ont admis, sur la base de l'attestation du Dr M_____ du 26 avril 2011, une incapacité de travail totale du 21 mars au 19 avril 2011. S'agissant de la prise de position du Dr C_____, les médecins du SMR ont considéré qu'elle réfutait sans la motiver l'évaluation de la capacité de travail du Dr D_____. Quant à l'épilepsie évoquée, les médecins du SMR ont fait remarquer qu'au vu de la rareté des crises, cette pathologie n'était pas susceptible d'engendrer une diminution de la capacité de travail ; elle était en revanche suffisante pour admettre des limitations fonctionnelles telles que le fait de devoir éviter les situations dangereuses ou les horaires irréguliers. Pour le reste, les médecins du SMR se sont étonnés des différences d'appréciation concernant la gravité de l'épisode dépressif, considéré comme léger à la sortie de BELLE-IDEE mais décrit comme moyen par le médecin du CTB. Sur le plan psychiatrique, ils ont admis une aggravation transitoire du trouble thymique très clairement réactionnel à la mise sur pied du stage chez PRO en octobre 2010. Ils se sont étonnés du fait que l'hospitalisation n'ait eu lieu que quatre mois plus tard et ont proposé de compléter l'instruction sur les plans cardiovasculaire, ophtalmologique et locomoteur.

23. Par écriture du 6 janvier 2012, l'assurée a produit de nouveaux documents et indiqué qu'elle envisageait l'usage d'un appareil d'assistance respiratoire pour la nuit.
24. Ces pièces ont été transmises à l'intimé, qui le 31 janvier 2012, a conclu à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire psychiatrique, voire pluridisciplinaire.

L'intimé a produit à l'appui de sa position l'avis émis par le SMR en date du 24 janvier 2012 : il y est relevé que le seul élément nouveau concerne un résultat de polysomnographie réalisée par le laboratoire du sommeil le 10 octobre 2011, qui conclut à un syndrome d'apnées du sommeil à caractère léger et à une ronchopathie importante pour laquelle une perte de poids a été préconisée. Des mouvements périodiques des jambes ont également été observés dans un contexte de traitement par antidépresseurs dont le SMR a relevé qu'il est connu pour favoriser ces mouvements et pour lequel aucun traitement n'est préconisé. Les médecins du SMR ont

émis l'hypothèse que la somnolence diurne pourrait être jugulée par un traitement adéquat et qu'elle n'était quoi qu'il en soit pas suffisante pour reconnaître une incapacité de travail durable. Sur le plan somatique, le SMR a relevé que l'ensemble de la situation ne pouvait toujours pas être appréciée puisque les résultats des bilans envisagés au début de l'année 2011 n'étaient toujours pas connus (cardiologie, ophtalmologie, IRM lombaire, ...). Ils en ont conclu pour la période précédent l'hospitalisation et celle suivant la fin de la prise en charge au CTB, les éléments à disposition étaient insuffisants pour déterminer si une incapacité de travail était justifiée sur le plan psychiatrique, raison pour laquelle ils ont préconisé un complément d'expertise également sur ce plan.

25. Par ordonnance du 19 septembre 2012 (ATAS/1135/2012), la Cour de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire, comportant plusieurs volets (psychiatrique, ophtalmologique, cardiologique et rhumatologique/orthopédique). Ont été commis à ces fins les Drs N_____, interniste, R_____, rhumatologue, S_____, psychiatre et T_____, cardiologue, ainsi qu'un médecin de l'Hôpital ophtalmique.

Les experts ont rendu leur rapport en date du 16 avril 2013, sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, d'un examen de médecine interne du 21 janvier 2013, d'un concilium d'ophtalmologie du 18 février 2013, d'un concilium de cardiologie du 26 février 2013, d'un concilium rhumatologique du 6 mars 2013 et d'un concilium psychiatrique du 12 mars 2013. Au surplus, les conclusions du rapport final ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire s'étant déroulé le 26 mars 2013.

Sur le plan ophtalmologique, il a été conclu que l'assurée souffre d'un léger astigmatisme myopique ainsi que d'une presbytie, tous deux bien corrigés. Le reste de son status ophtalmologique est dans la norme. A en particulier été notée l'absence de rétinopathie diabétique. En conclusion, les experts ont estimé que les capacités visuelles de l'assurée ne sauraient être responsables d'une éventuelle incapacité de travail.

Sur le plan cardiologique, les experts ont conclu qu'il n'y avait pas non plus de contre-indications à ce que l'assurée entreprenne une activité sédentaire. Il a été relevé que l'assurée se plaignait de douleurs latéro-thoraciques gauches d'allure plutôt atypique depuis plusieurs mois, douleurs qui ont été investiguées par une échocardiographie de stress le 18 avril 2011, examen qui n'a pas démontré d'ischémie myocardique significative. L'assurée a rapporté une oppression thoracique en fin d'effort sans que des modifications permettant de suspecter une ischémie se manifestent à l'ECG. Les médecins ont cependant préconisé d'exclure une ischémie myocardique de stress par un test fonctionnel couplé à une imagerie (par exemple PET-CT cardiaque ou IRM cardiaque de stress).

Sur le plan rhumatologique, l'expert a conclu à des dorsolombalgies chroniques et à des douleurs de l'hémiface gauche avant droit et des pouces des deux côtés avec dysesthésie des orteils, non spécifique. L'expert a relevé que cette symptomatologie douloureuse et de dysesthésie non spécifique touche essentiellement la région dorsolombaire, sans que, cliniquement, on puisse mettre en évidence des limitations fonctionnelles articulaires significatives. L'expert a relevé des discordances à l'examen clinique. Il a souligné la présence de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit, suggérant un éventuel syndrome polyalgique diffus, tout en précisant que la symptomatologie douloureuse n'était pas encore assez étendue pour retenir ce diagnostic, vers lequel tendait possiblement l'évolution. En l'absence de lésions organiques anatomiquement identifiables, l'expert a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles à proprement parler, du point de vue ostéoarticulaire tout comme du point de vue rhumatologique, vu l'absence d'élément pouvant orienter vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neuro-compressive, infectieuse ou même vasculaire. En conséquence, l'expert a, sur ce plan également, en l'absence de pathologies spécifiques, conclu qu'une incapacité de travail de longue durée ne pouvait se justifier.

Sur le plan psychiatrique, ont été retenus les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et trouble mixte de la personnalité. L'expert a jugé que ces deux troubles contribuaient ensemble à une perte complète de la capacité de travail et cela, depuis de nombreuses années. Il a expliqué que la trajectoire existentielle pénible de l'expertisée avait finalement eu raison de ses ressources adaptatives, déjà réduites, lesquelles s'étaient effondrées dès 1994 pour laisser la place à un état psychique n'autorisant pas d'espoir quant à une remise dans le circuit économique normal. L'expert a encore expliqué que l'attitude passive et très dépendante de l'expertisée font partie des troubles de la personnalité, présents de longue date et décompensés depuis 1994.

En conclusion les experts ont retenu une limitation sur le plan psychique induite par les deux troubles psychiques évoqués, dont il a été indiqué qu'il était impossible de les dissocier, se traduisant par une fatigue, une fatigabilité importante, une diminution de la concentration, une perte complète d'énergie et d'élan vital, un sentiment d'inutilité, des troubles du sommeil, des idées suicidaires avec scénario, des sentiments de désespoir liés à l'avenir et, au premier plan, une dépendance aux proches pour la gestion du quotidien (capacité réduite à prendre de décisions de manière autonome) et une grande passivité. Les experts ont également relevé une labilité émotionnelle, un sentiment persistant d'anxiété et d'appréhension, un repli social avec besoin d'être sécurisée et un évitement des contacts sociaux. Ils ont considéré que les troubles psychiques en eux-mêmes contribuaient à une perte complète de la capacité de travail.

Ils ont précisé que cette incapacité de travail remonte à la fin de l'année 1993, voire au début de l'année 1994, période où les arrêts de travail ont été médicalement at-

testés par les médecins traitants. Globalement, les experts ont expliqué que leur appréciation de la situation différait de celle du Dr D_____. Selon eux, l'hospitalisation en milieu psychiatrique en 2011 est un élément de plus témoignant de l'importance du trouble dépressif récurrent. La sévérité des états dépressifs a été plus importante lors des hospitalisations, avec parfois des passages à l'acte, mais des symptômes dépressifs ont persisté en dehors de ces périodes d'hospitalisation, comme décrit dans l'anamnèse. C'est la raison pour laquelle les experts ont finalement retenu une incapacité totale de travail sans changement depuis 1994.

26. L'intimé, par écriture du 16 mai 2013, a indiqué se rallier à l'avis de son SMR et plus particulièrement du Dr U_____ qui, le 26 avril 2013, a indiqué qu'après avoir relu attentivement le rapport du Dr D_____ et considéré que cette expertise répondait clairement aux exigences requises, il lui paraissait discutable de la part du Dr S_____ de s'en écarter alors même qu'il n'avait pas examiné l'assurée à l'époque. S'agissant en particulier de l'évolution entre 2007 et l'hospitalisation de 2011, le médecin du SMR estime ne pas trouver au dossier d'élément en faveur d'une décompensation psychique dans cet intervalle. Il indique ne pas trouver de précisions sur l'évolution du tableau psychique depuis la sortie de BELLE-IDEE jusqu'au moment de l'expertise. Le médecin s'étonne par ailleurs que les traits de personnalité histrionique évoqués par le Dr C_____ ne soient pas évoqués alors même que ces traits de personnalité se manifestent par une propension à exagérer les plaintes. En conclusion, le SMR estime que l'appréciation du Dr S_____ souffre de plusieurs lacunes et ne permet pas de conclure. Il n'admet pour sa part qu'une aggravation transitoire en 2011, dont il est incapable de préciser la durée.
27. Dans ses écritures après enquêtes du 21 mai 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 2 mai 2011, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA,

il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies.
4. a) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
- b) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur

le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a7cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid. 3).

5. a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 20 mai 1996 reposait sur un rapport du Dr A_____, concluant principalement à un état dépressif entraînant un dysfonctionnement quotidien en raison de troubles de la concentration, état dépressif qualifié par le Dr B_____, spécialiste, de majeur et ayant entraîné une incapacité totale de travail depuis le 3 septembre 1993.

b) Au moment de la suppression de rente litigieuse, force est de constater que

Certes, l'expertise du Dr D_____ semblait a priori remplir tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. L'audition des médecins de la recourante a toutefois fait naître le doute quant aux conclusions de l'expert s'agissant de la capacité de travail de la recourante : outre que le tableau clinique ne semblait pas différer fondamentalement de celui présenté à l'époque de l'octroi de la rente, le psychiatre traitant a expliqué de manière convaincante pourquoi il concluait à un trouble mixte (et non simple) de la personnalité. Son appréciation – notamment l'influence négative de la conjugaison entre un tel trouble mixte et un trouble dépressif – a été corroborée par le Dr J_____. Enfin, le Dr F_____ a conclu à un épisode dépressif de gravité moyenne.

Afin d'éclaircir la situation, tant sur le plan somatique (nouvelles atteintes alléguées) que psychique, la Cour de céans a donc mis sur pied une expertise pluridisciplinaire.

Force est de constater que le rapport des experts répond aux réquisits de la jurisprudence dans la mesure où il est fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis, offre une discussion convaincante et apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). On rappellera par ailleurs que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. A cet égard, c'est en vain que l'intimé soutient que l'avis de l'expert psychiatre serait discutable au seul motif qu'il s'écarte de celui du Dr D_____ « alors même qu'il n'avait pas examiné l'assurée à l'époque ». C'est précisément la tâche de l'expert que de pouvoir évaluer une situation non seulement sur la base d'un examen clinique mais également du dossier mis à disposition. En l'occurrence, si l'expert avait jugé que le dossier en question ne lui permettait pas de juger de l'évolution de l'état de l'assurée dans le temps, il l'aurait indiqué. Tel n'est pas le cas, au contraire, puisqu'il a estimé disposer de suffisamment d'éléments pour apporter des réponses aux questions qui lui étaient posées. Qui plus est, les experts ont expliqué pour quelles raisons leur appréciation divergeait de celle du Dr D_____ et souligné que l'hospitalisation en milieu psychiatrique en 2011 était un élément de plus témoignant de l'importance du trouble dépressif récurrent. Ils ont ajoutés que si la sévérité de l'état de l'assurée avait certes été plus grande lors des hospitalisations, avec parfois des passages à l'acte, les symptômes dépressifs avaient persisté en dehors de ces périodes d'hospitalisation, ce qui a été décrit en détail dans l'anamnèse. C'est la raison pour laquelle les experts ont finalement retenu une incapacité totale de travail, sans changement depuis 1994. Quant à l'allégation du SMR selon laquelle l'expert n'aurait pas retenu le diagnostic de traits de personnalité histrionique évoqué par le psychiatre traitant, il est erroné. Certes, l'expert ne l'a pas retenu expressément, mais implicitement, puisqu'il a admis – à l'instar du psychiatre traitant et d'autres médecins de la recourante – un trouble *mixte* de la personnalité.

En l'absence de contradictions dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, ou d'éléments objectifs permettant de s'en écarter, il y a lieu de se rallier à ses conclusions, au demeurant convaincantes, étant rappelé qu'il convient en l'occurrence de vérifier qu'aucune amélioration n'est intervenue dans l'état de santé de la recourante depuis l'octroi de rente initial.

c) Il ressort de ce qui précède qu'il convient d'admettre qu'il n'y a pas eu modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée supra autorisant une révision du droit à la rente. Seule l'appréciation du Dr D _____ diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas ; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce, au vu des conclusions de l'expertise judiciaire.

Il suit de ce qui précède que c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente de la recourante, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA faisant défaut en l'espèce.

Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée, l'intéressée ayant droit à la poursuite du versement de sa rente entière d'invalidité.

La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). L'intimé, qui succombe, en supportera les frais, fixés en l'espèce à 500 fr., et versera à la recourante la somme de 3'500 fr. à titre de participation à ses dépens.

**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 du 1^{er} février 2011.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité.
5. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de calculer les prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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