

GE_GERICHTE ATAS/936/2014 vom 27. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_936_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/936/2014 du 27 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/936/2014 del 27 agosto 2014

Erwägungen

E. 31

Le 17 avril 2012, la chambre de céans a interpellé le Dr F_____ afin qu'il lui communiquât les rapports radiologiques sur lesquels il s'était fondé pour diagnostiquer une cervicobrachialgie gauche sur hernie discale C5-C6.

E. 32

Le 24 avril 2012, le Dr F_____ a transmis un rapport radiologique établi le 30 avril 2009 à la suite de l'IRM de la colonne cervicale réalisée le 27 avril 2009. Ledit rapport concluait à une discopathie C5-C6 avec débord discal circonférentiel et petite hernie sous-ligamentaire médiane estimée à moins d'un tiers du canal ainsi qu'à une surcharge facettaire prédominant à cet étage.

E. 33

Dans son écriture du 14 mai 2012, l'intimé s'est référé à l'avis SMR du 10 mai 2012 estimant que, sans données cliniques, l'IRM ne pouvait pas être interprétée correctement. Cet examen avait été réalisé en raison de cervicobrachialgies C6 gauche avec suspicion de maladie d'Arnold. Une évaluation neurologique, voire neurologique et rhumatologique était souhaitable.

E. 34

Par ordonnance d'expertise du 19 juillet 2012 (ATAS/918/2012), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise rhumatologique et neurologique. Elle a commis à cette fin les docteurs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, et J_____, spécialiste FMH en neurologie.

E. 35

Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 7 décembre 2012, les Drs I_____ et J_____ posent les diagnostics de syndrome fibromyalgique, cervicalgies d'origine mixte (tensionnelle et discopathie modérée C5-C6), métatarsalgies gauche sur possible bursite intermétatarsienne versus petit névrome de Morton et syndrome

A/3839/2009 - 9/27 - de la patte d'oie du genou gauche. La recourante décrivait des douleurs chroniques du rachis et des extrémités avec la présence de 12 points sur 18 de SMITH positifs. L'existence d'un état de fatigue, de troubles du sommeil avec un sommeil peu réparateur ainsi que des troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de la concentration) renforçait ce diagnostic. S'agissant des cervicalgies, l'impression clinique parlait plutôt en faveur d'une origine tensionnelle s'inscrivant vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie car, sur le plan objectif, ils n'avaient pas constaté de limitation cervicale significative, ni de souffrance segmentaire précise. S'agissant des douleurs lombaires, ils ont observé une bonne mobilité de la colonne

vertébrale avec une souffrance modérée de la charnière lombo-sacrée (L5-S1) peu handicapante, associée à de nombreuses tensions musculaires. Ce tableau pouvait entrer dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie ce que confirmaient les radiographies puisqu'elles ne montraient pas d'atteinte ostéo-articulaire significative. Aucune des atteintes objectives constatées sur les plans radiologique et clinique n'avait un caractère suffisamment douloureux et limitant pouvant représenter un handicap sur le plan fonctionnel et professionnel. Pour tous les diagnostics précisés, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sur le plan somatique ni dans l'activité habituelle, ni dans une activité adaptée. Il n'y avait pas eu de modification de la capacité de travail depuis le 7 janvier 2005.

E. 36

Par écriture du 19 février 2013, l'intimé a exposé que la recourante ne présentait aucune atteinte psychiatrique ayant valeur de comorbidité au sens de la jurisprudence comme l'avait relevé l'expert E_____. Par ailleurs l'expertise bi-disciplinaire ne retenait aucune limitation de la capacité de travail sur le plan somatique. Par conséquent, il a conclu au rejet du recours.

E. 37

Dans son écriture du 26 mars 2013, la recourante a conclu à la communication de l'expertise bi-disciplinaire au Dr G_____ et à ce que des questions complémentaires lui soient posées, vu le diagnostic de syndrome de fibromyalgie.

E. 38

Dans son écriture du 3 avril 2013, l'intimé a indiqué n'avoir pas de questions à poser à l'expert psychiatre. Il a annexé un avis SMR du 26 mars 2013 selon lequel la recourante ne présentait pas trois critères sur les quatre établis par la jurisprudence pour admettre le caractère incapacitant d'une fibromyalgie. En outre, le SMR n'avait pas de questions complémentaires à poser au Dr E_____ son expertise étant très claire et convaincante.

E. 39

Par ordonnance du 23 avril 2013 (ATAS/375/2013), la chambre de céans a requis le Dr G_____ de procéder à un complément d'expertise psychiatrique afin de déterminer principalement quelle est la capacité de travail de la recourante en tenant compte du syndrome de fibromyalgie diagnostiqué et des limitations psychiatriques.

E. 40

Dans son complément d'expertise psychiatrique du 24 février 2014, le Dr G_____ expose que la recourante présente un état dépressif léger et fluctuant depuis le décès

A/3839/2009 - 10/27 - de sa mère en décembre 2012. La coexistence d'un trouble schizotypique et d'une fibromyalgie n'était pas fréquente. En l'état actuel des connaissances, le trouble schizotypique devait être considéré comme indépendant de la fibromyalgie et prépondérant sur le plan psychopathologique. Il n'était actuellement pas décompensé. La recourante passait une grande partie de la matinée au lit en raison d'importants troubles du sommeil. Elle prenait son « petit-déjeuner » à midi et effectuait quelques petites tâches ménagères l'après-midi (vaisselle, rangement, nettoyage). Le soir, elle regardait la télévision. Elle ne subissait pas de perte d'intégration sociale et ne présentait pas un état psychique cristallisé. Les limitations spécifiquement liées au trouble

schizotypique ne s'étaient pas modifiées par le diagnostic de fibromyalgie. Elle souffrait depuis le décès de sa mère d'un état dépressif léger et fluctuant. Les critères pour un épisode dépressif n'étaient pas présents lors de l'examen.

E. 41

Dans son écriture du 18 mars 2014, la recourante a fait grief à l'expertise du Dr E_____ de ne pas contenir les critères de qualité pour se voir reconnaître une force probante suffisante. En effet, son rapport manquait de structure, les diagnostics n'étaient pas clairement posés et il se contentait d'expliquer pourquoi il s'écartait des diagnostics psychiatriques retenus par le Dr D_____ sans procéder lui-même à une analyse précise du cas et sans répondre aux questions usuelles topiques posées dans le cadre des expertises psychiatriques. En comparant la situation existant lors de l'octroi de la rente en février 2005 avec celle de la suppression de la rente en 2011, le diagnostic psychiatrique était le même et le seul changement résidait dans l'appréciation de sa capacité de travail ce qui constituait une nouvelle appréciation du cas médical, soit un motif ne justifiant pas la révision de sa rente entière d'invalidité. S'agissant de l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et neurologique, elle n'avait pas de remarques à formuler à son encontre. Elle a conclu au maintien de la rente entière d'invalidité et confirmé au surplus ses conclusions précédentes.

E. 42

Dans son écriture du 18 mars 2014, l'intimé relève qu'au vu du complément d'expertise du Dr G_____, le diagnostic de fibromyalgie n'a pas de caractère invalidant en tenant compte des réquisits jurisprudentiels dès lors que la recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale et ne présente pas d'état psychique cristallisé. Il a confirmé ses conclusions précédentes.

E. 43

Le 21 mars, la chambre de céans a transmis chaque écriture à l'adverse partie et sur ce, a gardé la cause à juger.

A/3839/2009 - 11/27 - EN DROIT 1. Dans son arrêt incident du 31 mai 2010, la chambre de céans s'est déjà prononcée sur sa compétence et la recevabilité du recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du

28 septembre 2009, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (4ème et 5ème révisions), entrées en vigueur les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. 5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une

A/3839/2009 - 12/27 - adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 et 5; ATF 127 V 10 consid. 4b). Toutefois, selon le Tribunal fédéral, la jurisprudence sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352) ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes d'invalidité en cours cf. ATF 135 V 215 consid. 6; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 138/07 du 25 juin 2007 consid. 4 publié in SVR 2008 IV n. 5 p. 12). L'art. 7 al. 2 LPGA, qui ne modifie pas la notion d'incapacité de gain, n'est pas non plus un titre juridique suffisant pour ce faire (ATF 135 V 215 consid. 7). 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 1er 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; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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,

A/3839/2009 - 13/27 - 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). 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

A/3839/2009 - 14/27 - 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique,

le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les

A/3839/2009 - 15/27 - douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité

(arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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

A/3839/2009 - 16/27 - 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). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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. cc). 9. En l'espèce, la recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire s'est aggravé depuis l'octroi de la rente en février 2005 en raison d'une chute violente sur le coccyx, de l'apparition en 2005-2006 d'une cervicobrachialgie gauche et de lombalgies chroniques l'empêchant d'exercer toute activité professionnelle. Pour sa part, l'intimé justifie la suppression de la rente par l'absence d'une incapacité de travail dans toute activité professionnelle.

A/3839/2009 - 17/27 - L'octroi initial de la rente repose sur le rapport d'expertise du Dr D_____ du 21 septembre 2004 qui avait retenu les diagnostics de trouble schizotypique (F 21) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F 33.10). Il avait posé un diagnostic différentiel de trouble somatoforme tout en précisant que les directives pour ce diagnostic n'étaient pas remplies. Il avait conclu à une incapacité totale de travailler depuis le 1er décembre 2001 dans quelque activité que ce fût en raison de la pathologie psychiatrique sévère et d'une incapacité à s'intégrer dans une équipe professionnelle, après avoir précisé que cette réserve pourrait s'amender en cas de succès thérapeutique. Il avait mentionné parmi les plaintes de la recourante un manque de confiance, des douleurs dans les bras, des douleurs de blocage qui montaient vers l'épaule, une sclérose dans le bas du dos et une fatigue. L'expert avait constaté l'existence d'hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques, des délires à thèmes mystiques, de grandeur ou paranoïaque et des sentiments de dépersonnalisation, de décorporation et de déréalisation. A l'époque également, sur le plan rhumatologique, le Dr B_____ avait posé un diagnostic de fibromyalgie. Il avait constaté des douleurs ostéoarticulaires variables en localisation et en intensité, un grand état de fatigue avec des troubles du sommeil, un état d'angoisse et de peur principalement à cause du mélanome, une relation avec autrui souvent conflictuelle. La décision de suppression de rente du 28 septembre 2009 repose sur les conclusions de l'expertise du Dr E_____ contenues dans son rapport du 5 mai 2009. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante. 10. Dans ledit rapport le Dr E_____ mentionne que les plaintes de la recourante consistent en tensions-douleurs à la nuque, à la région occipitale, à la tête, au bras gauche et aux membres inférieurs. Ces douleurs sont fortes et l'épuisent. Elle se plaint également de claustrophobie qui l'oblige à descendre du bus. Dans le cadre de son examen clinique, il mentionne que la recourante fait état de « visions » et parfois « d'apparitions » à caractère religieux mais, selon lui, il ne s'agit pas d'hallucinations ni d'aliénations du moi en une inversion de la réalité du moi. Il n'y a pas de délire et il s'agit plutôt d'une « marotte » (dans les sens d'idée fixe) à laquelle elle aime à penser depuis ses 14-15 ans. Par mandat d'expertise du 9 février 2009, l'intimé a demandé à l'expert de répondre à son questionnaire habituel comportant toute une série de questions, notamment « évolution de la maladie, résultats des tests avec la méthode utilisée, diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail ». Or, le Dr E_____ n'a posé aucun diagnostic même sans répercussion sur la capacité de travail, ne s'est pas prononcé sur l'évolution de la maladie et n'a manifestement accompli aucun test.

Par conséquent, il n'a pas répondu à certaines questions importantes posées, de

A/3839/2009 - 18/27 - sorte que pour ce motif déjà son rapport d'expertise ne remplit pas les conditions permettant de lui reconnaître une valeur probante. Selon la jurisprudence, un rapport d'expertise doit être rédigé 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 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). La jurisprudence considère les lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance- invalidité de février 2012 émises par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie comme un standard reconnu pour une expertise psychiatrique appropriée et équitable. Ces directives doivent être comprises comme une recommandation dont il est possible de s'écarter pour des raisons motivées dans un cas particulier motivé. Elles doivent rendre service à celui qui applique le droit lors de l'évaluation de la qualité de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C 738/2013 du 26 mai 2014 consid. 3.2 prévu pour la publication). En outre, une expertise doit contenir une partie consacrée à une discussion générale du cas, où sont intégrés, dans un tableau global cohérent, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives, l'observation clinique et le résultat des examens complémentaires pratiqués (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177). 11. En l'espèce, ledit rapport d'expertise ne sépare pas les différentes rubriques les unes des autres. Il discute les différents diagnostics posés par l'expert D_____ puis reprend l'anamnèse, de sorte qu'il ne suit pas une structure logique. Par ailleurs, selon l'expert psychiatre G_____, certaines phrases même prises dans leur contexte sont incompréhensibles. De plus, au lieu de se situer dans le cadre d'une révision de rente en examinant l'évolution de l'état de santé de la recourante de 2005 à 2009, l'expertise est essentiellement centrée sur la discussion des diagnostics posés par le Dr D_____ puisqu'il tente « de démontrer (avec critique) la présence ou l'absence des allégations diagnostiques proposées ». En outre, le Dr E_____ se contente d'exposer les critères et caractéristiques d'un diagnostic donné et d'affirmer, sans procéder à une contextualisation, que la recourante ne souffre pas de ce trouble. Par conséquent, les conclusions auxquelles aboutit l'expert ne résultent pas d'une discussion générale, où seraient intégrées, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. De même, l'absence d'une véritable anamnèse quotidienne empêche de se faire une idée de l'impact des plaintes alléguées par la recourante sur son fonctionnement journalier. Or, chez une personne qui présente un retrait social évident et objectif tel que l'a constaté le Dr G_____, il était important d'explorer et d'analyser le processus à l'origine de cette situation. A la lecture du rapport d'expertise, il se dégage ainsi l'impression que la tâche de l'expert n'a pas consisté en une présentation clinique, neutre et distanciée, du cas de la recourante, mais en la discussion des diagnostics et conclusions du Dr D_____ depuis le moment de l'octroi de la rente. Dès lors,

A/3839/2009 - 19/27 - contrairement à ce que soutient l'intimé, respectivement le SMR, l'expertise du Dr E_____ n'est ni claire, ni convaincante. En définitive, au regard de l'ensemble de ces éléments, le rapport d'expertise du Dr E_____ ne revêt pas une valeur probante suffisante pour fonder une révision de la rente d'invalidité de la recourante. 12. Il convient également d'examiner la valeur probante des expertises médicales judiciaires. a) Dans leur rapport d'expertise bi-disciplinaire du 7 décembre 2012, les Drs I_____ et J_____ posent les diagnostics de syndrome fibromyalgique, cervicalgies d'origine mixte

(tensionnelle et discopathie modérée C5-C6), métatarsalgies gauches sur possible bursite intermétatarsienne versus petit névrome de Morton et syndrome de la patte d'oie du genou gauche. Ils précisent qu'aucune des atteintes objectives constatées sur les plans radiologique et clinique n'a un caractère suffisamment douloureux et limitant qui permettraient de retenir une incapacité de travail. S'agissant de la fibromyalgie, ils ne se prononcent pas sur son caractère handicapant, au motif qu'il dépend de la présence d'une co-morbidité psychiatrique invalidante et non de l'appréciation rhumatologique. La recourante se plaint de raideurs dans la nuque, de cervicalgies avec sensations de douleurs en profondeur, quotidiennes, fréquentes sans facteur déclenchant précis apparaissant plutôt par crises avec des irradiations fréquentes dans le bras gauche augmentées par des états de stress et de fatigue mentale, associées de façon épisodique à des migraines, de douleurs lombaires quotidiennes du côté gauche entraînant une gêne lors du port de charges et lors de l'activité le tronc penché en avant, de douleurs à la face antérieure du genou gauche quotidiennes qui ne sont pas d'allure mécanique et de métatarsalgies à gauche aggravées par la marche sans limitation du périmètre de marche. Le rapport d'expertise tient compte du dossier médical, des plaintes de la recourante, de l'anamnèse ainsi que des constatations cliniques et radiologiques. Les experts expliquent que le syndrome fibromyalgique est vraisemblablement présent de longue date puisqu'il a été diagnostiqué en 2003 et qu'il évolue probablement depuis 2001. L'évolution de son intensité est probablement fluctuante et dépend des périodes de stress ou de difficultés existentielles. Globalement, sur le plan rhumatologique, l'état de santé est resté stationnaire depuis le 7 janvier 2005 avec des évolutions en dents de scie du syndrome douloureux chronique en relation vraisemblablement avec les problèmes psycho-existentiels de la recourante. Par ailleurs, les parties n'ont pas de remarques à formuler à son encontre et d'autres spécialistes n'émettent pas d'opinions contraires susceptibles de faire douter des conclusions des experts, enfin le rapport d'expertise ne contient pas de contradictions. En définitive, l'expertise des Drs I _____ et J _____ remplit toutes les conditions formelles et matérielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

A/3839/2009 - 20/27 - Par conséquent, la chambre de céans suivra ses conclusions, à savoir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur les plans rhumatologique ainsi que neurologique et que son état de santé est resté stationnaire sur le plan rhumatologique depuis le 7 janvier 2005. b) Dans le rapport d'expertise du 14 septembre 2011 et le complément d'expertise du 24 février 2014, le Dr G _____ pose le diagnostic de trouble schizotypique présent depuis l'adolescence. Il conclut à l'absence d'incapacité de travail mais à la présence de limitations psychiques qui restreignent le champ des activités pouvant être exercées par la recourante, à savoir une incapacité à s'intégrer à un milieu professionnel impliquant de nombreux contacts ou un rythme de travail exigeant. Il précise que tant l'activité de vendeuse que toute activité adaptée ne peuvent être pratiquées que dans un milieu professionnel calme et une ambiance de travail peu stressante qui requièrent peu d'interactions avec des collègues afin que les bizarreries de pensée et de comportement de la recourante ne provoquent pas de rejet ou de conflit. Ces activités doivent être peu exigeantes en termes cognitifs et privilégier les compétences non verbales. Du point de vue psychopathologique, l'état de santé de la recourante s'est amélioré par rapport à la période qui a suivi la découverte du mélanome. Au vu des informations anamnestiques, il est stable depuis 2005 (recte : 2006), à savoir depuis le remariage de la recourante qui lui apporte un étayage affectif et contribue à réduire l'expression symptomatique du trouble schizotypique. Ce dernier est indépendant de la fibromyalgie et est prépondérant sur le plan

psychopathologique. Il n'est actuellement pas décompensé. La recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale et ne présente pas d'état psychique cristallisé. La capacité de travail de la recourante n'est pas modifiée par le diagnostic de fibromyalgie. Les plaintes de la recourante consistent en douleurs diffuses entraînant des troubles du sommeil et une grande fatigabilité. Elle signale également des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que, depuis le décès de sa mère en décembre 2012, un sentiment de tristesse et de lassitude, du désintérêt, une perte d'élan vital avec des idées suicidaires en été 2013 qui ont rapidement disparu. Les constatations objectives de l'expert ont trait à certaines bizarreries de la pensée, des réponses floues tendant à s'éloigner du sujet et à une thymie un peu triste lors de l'entretien du 20 février 2014. Le rapport d'expertise psychiatrique et le complément d'expertise se fondent sur le dossier médical notamment l'expertise bi-disciplinaire et les plaintes de la recourante, une anamnèse, un examen clinique, des tests inexploitable et un examen complémentaire par un psychologue. Ils se prononcent sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2005. Ils précisent pourquoi ils s'écartent des diagnostics posés par les experts psychiatriques précédents. L'expert explique que les symptômes et manifestations cliniques (croyances bizarres, pensée floue et stéréotypée, altérations psychosensorielles, méfiance pouvant aller jusqu'à un sentiment de persécution, épisodes quasi psychotiques dans les périodes de stress

A/3839/2009 - 21/27 - psycho-sociaux, etc.) se sont exprimés avec plus ou moins d'intensité selon les périodes et les événements de l'existence. Le trouble schizotypique est à l'origine des échecs répétés que la recourante a connus dans ses relations conjugales et sa vie professionnelle, de son isolement social et du repli affectif dans lequel elle s'est longtemps enfermée. De même que tous les troubles de la personnalité, il est durable et s'accompagne de difficultés personnelles et sociales considérables dont témoigne de façon évidente l'histoire de vie de la recourante. Les symptômes du trouble schizotypique ont notamment été plus marqués à l'époque qui a suivi la découverte du mélanome. L'altération de son état affectif avait alors donné libre cours aux idées délirantes et aux expériences psychosensorielles pathologiques qui ont eu des conséquences négatives sur son comportement (méfiance, idéation persécutoire, repli social très marqué, etc.). L'expert justifie l'absence d'état psychique cristallisé par le fait que l'activité mentale de la recourante n'est pas focalisée sur la douleur et que cette dernière ne peut pas être considérée comme la cause essentielle du trouble car elle ne peut pas être attribuée essentiellement à des conflits émotionnels et à des problèmes psychosociaux suffisamment importants. Par ailleurs, le rapport d'expertise ainsi que le complément d'expertise ne comportent pas de contradictions et aucun médecin ne fait état d'éléments objectifs concluants qui auraient été ignorés par l'expert. Par conséquent, ils remplissent tous les critères formels et matériels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que la chambre de céans suivra leurs conclusions, à savoir que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis 2006 et qu'elle ne subit pas d'incapacité de travail pour autant qu'elle travaille dans un milieu professionnel comportant peu de contacts avec des collègues et au rythme de travail peu exigeant. 13. Au vu de l'expertise du Dr G_____, la recourante ne subit plus d'incapacité de travail depuis son mariage qui, selon les données de l'office cantonal de la population, est intervenu le 6 juin 2006 au Maroc. Contrairement à ce que soutient la recourante, une telle conclusion ne constitue pas une nouvelle appréciation d'un état de fait inchangé. Au contraire, dans son rapport d'expertise, le Dr G_____ explique très clairement que le trouble schizotypique est présent depuis l'adolescence et que ses symptômes s'expriment avec plus ou moins d'intensité selon les périodes ainsi que les

événements de l'existence de la recourante. Après la découverte en 2000 d'un mélanome, l'état psychologique de celle-ci s'est altéré et les symptômes du trouble étaient alors plus sévères avec méfiance, idéation persécutrice et repli social très marqué. La recourante a cependant retrouvé progressivement un équilibre affectif et a pu construire une nouvelle relation dont la stabilité contribue à contenir les manifestations cliniques les plus marquées de ce trouble. Par conséquent, depuis son mariage en juin 2006, les symptômes du trouble schizotypique sont moins marqués et n'ont plus d'incidence sur sa capacité de travail. Toutefois, les limitations dans le champ de l'activité professionnelle retenues par l'expert sont importantes et ne permettent pas de conclure sans autre

A/3839/2009 - 22/27 - analyse que la recourante est en mesure de travailler à 100% dans une activité raisonnablement exigible. 14. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329 consid. 3b et RCC 1989 p. 328 consid. 4a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.2 et les références). Le Tribunal fédéral a longtemps laissé ouverte la question de savoir à quel moment il convient de se placer pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la

A/3839/2009 - 23/27 - retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi. Toutefois, à l'ATF 138 V 457, il a statué que ce moment correspond à celui où l'on constate que l'exercice (en plein ou partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 déjà cité consid. 5.3). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). 15. En l'espèce, les premiers documents médicaux fiables examinant les interactions sur la capacité de travail des divers troubles dont souffre la recourante sont l'expertise psychiatrique du 14 septembre 2011 s'agissant du trouble schizotypique et le complément d'expertise psychiatrique du 24 février 2014 s'agissant de la fibromyalgie. En effet, dans l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et neurologique du 7 décembre 2012 retenant un diagnostic de fibromyalgie, les Drs I_____ et J_____ n'ont pas examiné l'effet de cette maladie sur la capacité de travail de la recourante car ils ont estimé, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, que le caractère handicapant du syndrome fibromyalgique dépendait de la présence d'une comorbidité psychiatrique invalidante et non pas de l'appréciation rhumatologique, autrement dit qu'il appartenait à l'expert psychiatre de se prononcer. En définitive, c'est le complément d'expertise du 24 février 2014 qui a permis d'exclure une incapacité de travail en lien avec le syndrome fibromyalgique et de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité d'une activité adaptée. Par conséquent, c'est à la date du 24 février 2014 qu'il convient d'examiner si on peut exiger de la recourante qu'elle mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. La recourante née le 27 septembre 1952, était alors âgée de 61 ans et cinq mois. Elle se trouvait à deux ans et sept mois de l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse de l'AVS (art. 21 al. 1 let. b LAVS), soit au-delà de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de

A/3839/2009 - 24/27 - possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.5; arrêts du Tribunal fédéral 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 et 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 [SVR 2009 IV n° 35 p. 97] ainsi que les références). Il ressort de l'anamnèse des diverses expertises que la recourante a débuté une formation de coiffeuse mais sans l'achever et qu'elle a accompli diverses activités de blanchisseuse, serveuse et de vendeuse avant de travailler comme magnétiseuse- radiesthésiste indépendante. Or, de telles activités ne sont pas compatibles avec les limitations retenues par le Dr G_____, de sorte que pour mettre en pratique sa capacité résiduelle de travail, elle devrait rechercher une nouvelle activité adaptée aux importantes limitations fonctionnelles l'affectant (activité peu

stressante et peu exigeante en termes cognitifs ainsi qu'avec peu d'interactions avec des collègues), ce qui impliquerait une reconversion professionnelle et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif au vu des limitations de ses facultés d'adaptation mises en évidence par le Dr G _____. En outre, son éloignement prolongé du marché du travail ne pourrait que contribuer à limiter ses possibilités de retrouver un emploi. On soulignera au demeurant que l'intimé n'a, au cours de la procédure administrative, donné aucun exemple concret d'activités adaptées que la recourante pourrait raisonnablement accomplir et encore moins aidé celle-ci à élaborer un projet professionnel réaliste et convenable. On peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour permettre à la recourante de se réinsérer dans le monde du travail. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral l'a relevé, l'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein la personne du recourant, la nature et l'importance du trouble psychique constitue, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 6.2). Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, il convient de conclure qu'elle n'est plus en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail. En tant que la recourante ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel, de sorte que les conditions d'une révision de rente ne sont pas réalisées. 16. Au vu du sort du recours, se pose encore la question de l'octroi d'intérêts moratoires. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la

A/3839/2009 - 25/27 - naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 - OPGA; RS 830.11), le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % l'an. L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA). Il n'y a pas de motifs valables pour limiter l'octroi d'intérêts moratoires dans le cas d'une reconnaissance initiale du droit à la rente et de l'exclure dans le cadre d'une procédure de révision. La fonction compensatrice (et préventive) des intérêts moratoires trouve en fait pleine justification aussi dans la seconde situation (ATF 137 V 273 consid. 4 et 5). En l'espèce, la recourante a fait valoir son droit aux prestations de l'assurance- invalidité en date du 29 avril 2003 et son droit à la rente est né le 1er décembre 2002. Elle s'est de plus entièrement conformée à l'obligation de collaborer. Par ailleurs, elle a droit au paiement rétroactif de la rente d'invalidité supprimée à tort dès le 1er novembre 2009, de sorte que le délai de 24 mois échoit le 31 octobre 2011. Même si l'intimé a supprimé à tort sa rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2009, le droit à des intérêts moratoires ne court pas dès le moment où la rente a été supprimée, mais à l'échéance d'un délai de 24 mois dès cette date, conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA. Il s'ensuit que l'intimé doit être condamné au versement des intérêts moratoires à compter du

1er novembre 2011 et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.

17. Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'intimé. Dans un arrêt publié à l'ATF 139 V 496 consid. 4.3, le Tribunal fédéral a rappelé que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité.

A/3839/2009 - 26/27 - Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4 et ATF 139 V 225 consid. 4. 2), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 4.1). En l'espèce, au vu des pièces médicales recueillies par l'intimé jusqu'au prononcé de sa décision, le 28 septembre 2009, il se justifiait d'ordonner une expertise psychiatrique en raison des conclusions des Drs D_____ et E_____ diamétralement opposées et des lacunes du rapport d'expertise de ce dernier médecin qui n'a pas répondu à certaines questions importantes de l'intimé, n'a pas examiné l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante de 2005 à 2009 et n'a pas adopté une structure permettant au lecteur de suivre le cheminement intellectuel et scientifique de l'expert. Il se justifiait également d'ordonner un complément d'expertise psychiatrique dès lors qu'aucun expert psychiatre ne s'était prononcé jusqu'ici sur le caractère incapacitant du syndrome fibromyalgique alors que ce diagnostic avait été posé en 2003 déjà par le Dr B_____. Ces lacunes auraient dû être constatées par l'intimé et justifiaient un complément d'instruction psychiatrique quant à la situation médicale de la recourante avant de rendre sa décision de suppression de rente. Par conséquent, il y a lieu de mettre à la charge de l'intimé les frais de l'expertise psychiatrique (CHF 4'711.25 [Dr G_____] et CHF 1'102.60 [M. H_____] = 5'813.85) et du complément d'expertise psychiatrique (CHF 1'379.-), soit un montant de CHF 7'192.85 (5'813.85 + 1'379). 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 28 septembre 2009 sera

annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA; RS/GE 5 10.03). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

A/3839/2009 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.