

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1724/2009

ATAS/825/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2011

2ème Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée aux Avanchets, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Georges
ZUFFEREY

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1953, a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) en novembre 2004, en raison d'une dépression.
2. Par prononcé du 19 septembre 2005, l'OAI a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % dès le 14 octobre 2004, la révision de la rente étant prévue à la fin du mois de mars 2006.
3. Le 14 mars 2007, l'OAI a ouvert une procédure en révision du droit à la rente de la recourante. Interpellés, les médecins de cette dernière ont confirmé que son état était stationnaire.
4. Par communication du 15 mai 2007, l'OAI a informé la recourante avoir examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'a pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
5. Le 12 mars 2008, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure en révision du droit à la rente de la recourante. Le 3 mars 2008, la recourante a rempli le formulaire ad hoc à l'attention de l'OAI, confirmant que son état était toujours le même. La rubrique relative à l'exercice d'une activité n'a pas été remplie. Le médecin traitant de la recourante a confirmé par rapport médical intermédiaire du 31 mars 2008 que l'état était stationnaire, et la capacité de travail nulle. Le 2 avril 2008, la NATIONALE ASSURANCE a informé l'OAI qu'elle cessait le versement de ses prestations, l'enquête effectuée en février 2008 ayant établi la reprise d'une activité professionnelle quotidienne en matinée.
6. Par courrier du 16 avril 2008, l'OAI a informé la recourante que dans le cadre de la procédure de révision de son droit à la rente d'invalidité, il avait été porté à sa connaissance qu'elle avait repris une activité lucrative, sans l'en avertir. Il était dès lors possible que la prestation dont elle bénéficie ne soit plus totalement ou partiellement justifiée. En conséquence, le versement de la rente était suspendu avec effet immédiat. Et l'OAI de préciser que bien entendu, il poursuivait l'instruction de la procédure de révision.
7. Par rapport médical intermédiaire du 17 avril 2008, reçu par l'OAI le 21 avril 2008, le psychiatre de la recourante a confirmé que l'état était stationnaire, avec une légère amélioration récente, qu'il n'y avait pas de changement de diagnostic et qu'un essai de reprise de travail depuis le 7 janvier 2008 à 25 % et avec des conditions de travail aménagées était effectué. Il s'agissait d'un essai de réhabilitation, à évaluer dans quelques mois.

8. Par le biais de son mandataire, la recourante a informé l'OAI le 30 avril 2008 qu'elle contestait la suspension du versement de sa rente. Elle effectuait, depuis l'année 2007, de petits travaux de bureau, temporairement et très occasionnellement, pour la société X_____ (ci-après la société), sans rémunération, selon attestation jointe.
9. Le 16 mai 2008, l'OAI a sollicité de la recourante des informations complémentaires concernant son employeur. Par ailleurs, il résulte du formulaire adressé à la société qu'un contrat de travail est en vigueur depuis le 7 janvier 2008 à raison d'environ huit heures par semaine, pour un salaire d'environ 700 fr. par mois. Il est précisé que l'assurée dispose d'un horaire libre afin de la soustraire au stress du rendement, raison pour laquelle le revenu reste faible. Quel que soit l'encadrement qui pourrait lui être offert, la recourante ne pourrait pas développer une meilleure capacité de travail. Il est relevé qu'elle est d'humeur changeante, très angoissée et stressée, avec un manque évident de concentration. Elle effectue de petits travaux de bureau, sans responsabilité.
10. L'OAI a poursuivi les investigations médicales auprès des médecins de la recourante. Le 11 juin 2008, le Dr L_____, psychiatre de la recourante, a établi à l'attention de l'OAI un rapport médical circonstancié. Le diagnostic est un trouble dépressif récidivant et persistant, avec des épisodes moyens et sévères, auquel s'ajoute maintenant un trouble mixte de la personnalité, avec traits de personnalité émotionnellement labile et narcissique. L'instabilité thymique persistante est actuellement le problème majeur. Les limites actuelles sont l'incapacité d'accomplir une prestation professionnelle régulière, un trouble de l'attention et de la concentration, montée d'angoisse et d'agitation dès qu'elle est soumise à une pression ou une exigence de rendement, vulnérabilité excessive à toute situation de stress. La tentative de reprise à temps partiel dans un cadre adapté est déjà un succès et effectuée dans le cadre légal puisqu'elle a une activité déclarée de 25 à 35 heures par mois. Cela ne signifie aucunement qu'elle soit capable d'exercer une activité à un taux supérieur. La reprise d'une petite activité a par ailleurs une valeur thérapeutique. Il serait regrettable que cela soit un prétexte à remettre en cause son statut d'invalidé. Cette démarche va dans le sens d'une réadaptation et laisse ouverte, à plus long terme, la possibilité d'une reprise d'activité plus importante.
11. Sur demande de la recourante, l'OAI lui a notifié le 27 juin 2008 une décision incidente, confirmant la suspension du versement de la rente durant la procédure de révision, en raison d'un soupçon d'une perception illicite des prestations, des enquêtes étant actuellement en cours.
12. Il résulte du dossier que l'OAI a sollicité un avis médical complémentaire à l'expertise effectuée en 2004, auprès de la doctoresse M_____. Dans son rapport du 6 août 2008, cet expert a confirmé les diagnostics retenus par le

psychiatre traitant, soit un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et des troubles mixtes de la personnalité (anxieuse, émotionnellement labile; F 61.0) ainsi que la totale incapacité de travail depuis 2004. La pathologie de la personnalité s'est accentuée par manque du cadre jadis offert par le travail. L'expert confirme également les limitations de la recourante et le caractère souhaitable de la poursuite de l'activité protégée, exercée à 25 %, à titre occupationnel. La reprise d'une activité professionnelle n'est pas possible à bref voire moyen terme. Le médecin précise que la manière avec laquelle la recourante s'y est prise pour informer l'OAI de son activité à temps partiel «a été confuse et inadéquate, et reflète ses difficultés d'appréciation».

13. Par recours au Tribunal cantonal des assurances sociales (Chambre des assurance sociales de la Cour de Justice dès le 1^{er} janvier 2011) du 27 août 2008, la recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit dit qu'elle conserve un droit à une rente entière d'invalidité, qu'il soit mis fin à la suspension du versement de la rente, avec suite de dépens. Elle indique avoir effectué cette tentative de reprise à 25 % après avoir téléphoné à l'OAI et obtenu la confirmation que, jusqu'à concurrence d'une activité de 30 %, son droit à la rente ne serait pas modifié.
14. Dans sa réponse du 16 octobre 2008, l'OAI allègue avoir eu connaissance d'une activité effectuée à raison de quatre heures par jour, de façon régulière. Par conséquent, le droit à une rente entière n'est vraisemblablement plus justifié, de sorte que la suspension du versement du droit à la rente s'impose.
15. Par écriture complémentaire du 5 novembre 2008, la recourante a produit plusieurs rapports médicaux complémentaires, ainsi que ses certificats de salaire du mois de janvier au mois de septembre 2008. Il en ressort qu'elle a effectué une activité se situant entre 16 heures et 36 heures par mois, soit une moyenne de 27 heures par mois, ou encore une activité de l'ordre de 15 %. Le salaire brut versé à la recourante est de 25 fr. de l'heure.
16. Interpellé par le Tribunal pour connaître la base légale sur laquelle reposait la décision incidente litigieuse, l'OAI a indiqué par écriture du 18 décembre 2008 se fonder sur l'art. 56 de la procédure administrative fédérale ainsi que sur une jurisprudence zurichoise du 20 avril 2007.
17. Par écriture du 10 février 2009, la recourante a rappelé les conditions de précarité dans lesquelles la décision litigieuse l'a plongée, et la pesée des intérêts en présence qui doit être faite en l'espèce. Au vu des pièces produites, il apparaît clairement que l'état de santé ne s'est pas modifié. Enfin, la suspension du versement de la rente ne peut se justifier que dans le cadre d'une procédure en révision, qui doit être menée avec diligence. Le retard de l'OAI à prendre une décision sur le fond, malgré les éléments figurant aujourd'hui au dossier, est incompréhensible.

18. Par arrêt du 10 mars 2009, le Tribunal a annulé la décision incidente du 27 juin 2008, motif pris que selon les éléments du dossier, l'état de santé de la recourante ne s'était pas amélioré, ses gains correspondaient à une activité de 15% à 25%, il ne se confirmait pas que l'assurée travaillait 4h par jour, sans compter le fait que le droit d'être entendu de l'assurée avait été violé. Cet arrêt n'a pas été contesté.
19. Par décision incidente du 17 avril 2009, l'OAI a, à nouveau, suspendu le droit à la rente et retiré l'effet suspensif au recours. La décision indique que l'OAI dispose d'un rapport de surveillance prouvant que l'assurée aurait travaillé 4h par jour de façon régulière, ce que l'assurée aurait confirmé lors d'un entretien avec les représentants de la NATIONALE ASSURANCE le 7 avril 2008.
20. Par acte du 15 mai 2009, l'assurée a formé recours (A/1724/2009) contre cette décision, faisant valoir qu'il est inadmissible de notifier une nouvelle décision portant sur le même objet que celle ayant été annulée par le Tribunal par arrêt du 10 mars 2009, que l'avis de la Dresse M_____ confirmait son état de santé de sorte que la décision devait être annulée.
21. Par pli du 15 juin 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, expliquant que la décision incidente a été prise dans le cadre d'une procédure de révision de la rente initiée en février 2008, lors de laquelle il est apparu que l'assurée travaillait à 50%. A la différence de la situation ayant prévalu lors de l'arrêt du 10 mars 2009, l'assurée avait cette fois-ci été entendue. De plus, elle avait admis devant les assureurs de la NATIONALE ASSURANCE qu'elle travaillait tous les matins de 8h à 12h et les décomptes de salaires n'étaient pas déterminants dès lors qu'elle avait admis toucher des montants de la main à la main. Elle avait donc omis d'annoncer à l'Office cette activité de secrétaire. L'OAI a encore précisé qu'elle détenait un rapport de surveillance prouvant que l'assurée travaillait 4h par jour, lequel ne pouvait être transmis, car la procédure en révision était encore en cours d'instruction. Sur le plan médical, le rapport de l'expertise confiée au Dr N_____ était à l'examen au SMR et joint au courrier de l'OAI. Ainsi, une décision sur le droit aux prestations pouvait être rendue rapidement. En procédant à une pesée des intérêts et à l'examen des prévisions sur l'issue du litige, il se justifiait de suspendre le droit à la rente.
22. Selon le rapport d'expertise du Dr N_____ du 28 mai 2009, l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychique, ni de l'adaptation, ni dépressif, ni dysthymique, ni de la personnalité, notamment anxieuse ou narcissique. Il retient un éventuel trouble d'agoraphobie d'intensité légère, de sorte qu'elle est entièrement capable de travailler et de s'occuper d'elle-même. Le rapport d'expertise est fondé sur trois entretiens avec l'assuré les 17, 23 et 30 avril 2009, totalisant six heures, ainsi que le dossier médical fourni. Il contient une anamnèse personnelle succincte, de longues descriptions des rapports médicaux du dossier. S'agissant des plaintes de la patiente, l'expert retranscrit la description qu'elle fait de son passé, mais ne mentionne pas les

plaintes de l'assurée liées à son état de santé. Le rapport contient de nombreux passages d'explications théoriques de la psychiatrie et de l'expertise. S'agissant de l'observation, l'expert la subdivise et décrit une bonne apparence, l'assurée ayant des émotions fortes et il y a "beaucoup de larmes avec convenance". La conscience est claire, la concentration le langage et la mémoire sont appropriés et dans les normes, tous ces éléments étant affirmés sans explication. Suit un long développement dans lequel l'expert affirme que les diagnostics posés par le Dr L_____ et la Dresse M_____ sont insuffisamment ou pas du tout motivés. L'expert décrit les caractéristiques des divers troubles envisagés. Il estime que l'assurée a souffert d'un trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive suite au licenciement d'octobre 2006, mais que ce trouble n'existe plus parce qu'il ne peut pas durer six ans. Il décrit ensuite le trouble dépressif récurrent, avec des citations de la littérature médicale et conclut que la continuité invariable du mal de l'assurée, sans période significative normo thymique intercalée, ainsi que l'ensemble de l'examen montrent que l'assurée ne souffre pas d'un trouble dépressif récidivant (récurrent) ou d'un trouble dépressif majeur récurrent. L'expert exclut également la dysthymie et tout trouble de la personnalité, l'apparition de ces troubles débute au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ce qui exclut leur présence chez une assurée de cinquante-quatre ans. L'expert conclut qu'il ne sait pas pourquoi l'assurée a développé des complications asséurologiques après son licenciement traumatique avec progressivement des manifestations psychopathologiques à caractère "pathomimique", estimant que l'on peut également parler de sinistrose. A noter que le rapport est truffé de points d'interrogation.

23. Lors de l'audience de comparution des parties du 7 juillet 2009, l'assurée a indiqué qu'elle travaillait 8 h par semaine pour l'entreprise X_____, soit les lundis de 10h à 12h et les mercredis et vendredis de 8h30 à 11h30 ou 12h. Elle tapait des soumissions et des devis, mais pas les salaires et avait un poste sans responsabilité. Elle avait d'abord fait un essai en octobre et novembre 2007, en accord avec son psychiatre et sans véritable salaire. Monsieur D_____ étant d'accord de l'engager en janvier 2008, elle a demandé à l'OAI si cela était possible et posé la question de façon générale sans faire référence à son cas. Il lui a été répondu qu'elle pouvait travailler jusqu'à 30%. Durant les 3 premiers mois, elle a été payée à raison de 20 fr. de l'heure de la main à la main. Dès avril, le salaire a été versé sur son compte. Lors de son audition à la NATIONALE ASSURANCE, elle avait été embrouillée par les questions posées et avait beaucoup pleuré. Elle avait été menacée de plainte pénale et ne savait plus ce qu'elle avait dit.
24. Par ordonnance du 15 septembre 2009, le Tribunal a ordonné la production du rapport de surveillance dont l'OAI se prévalait dans ses écritures.
25. Le rapport d'observation du 22 février 2008 de Monsieur E_____, auprès de Y_____, avait été reçu par l'OAI le 19 juin 2008. L'observation a eu lieu les mercredi 30 et jeudi 31 janvier, du mardi 5 au vendredi 8 février, du mardi 12 au

jeudi 14 février, les lundi 18 et vendredi 22 février 2008, sur mandat de la NATIONALE ASSURANCE, soit durant 16 jours, l'assurée a été vue dans l'entreprise X_____ de 7h35 à 12h environ les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, mardi 12, mercredi 13, jeudi 14, lundi 18 et vendredi 22 février 2008.

26. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a supprimé la rente AI de l'assurée avec effet rétroactif au 1^{er} février 2008, retirant l'effet suspensif au recours, en raison de l'activité lucrative effectuée auprès de l'entreprise X_____ à 50% et de la capacité de gain de 100% selon l'expertise médicale faite, de sorte que la comparaison des gains avec et sans invalidité, compte tenu d'une réduction de 15% déterminait un taux d'invalidité de 22,5 %, qui ne donnait droit à aucune rente.
27. Par acte du 15 octobre 2009, l'assurée a formé recours (A/3714/2009) contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à l'audition de la Dresse M_____, des Drs L_____ et O_____. Elle fait valoir que l'expertise du Dr N_____ n'a pas de valeur probante et est contredite par les avis des Drs M_____, L_____ et O_____, de sorte qu'il convient le cas échéant de procéder à une nouvelle expertise. Pour le surplus, l'activité professionnelle de l'ordre de 15 à 25 % ne remet pas en cause l'octroi d'une rente entière.

L'assurée a joint à son recours diverses pièces.

Par pli du 16 juillet 2009, le Dr O_____, médecin traitant de l'assurée, confirme le diagnostic posé par la Dresse M_____ ainsi que l'incapacité de travail à 100 %, probablement définitive.

Par pli du 6 septembre 2009, ce médecin conteste les conclusions de l'expertise du Dr N_____. Il rappelle que sa patiente le consulte régulièrement depuis juillet 2000, ce qui démontre qu'elle ressent une grande souffrance, son mal-être ayant toujours existé, puisqu'elle a consulté tout au long de sa vie. C'est en 2004 qu'elle a accepté de reprendre les consultations spécialisées avec un psychiatre, le Dr L_____. Il précise que le Dr L_____ a effectué une longue prise en charge et son diagnostic a été juste, puisqu'il a réussi à stabiliser la patiente malgré des événements de vie intercurrents ravageurs. Si l'assurée avait été prise en charge par un spécialiste avec la vision du Dr N_____, il eut été probable qu'elle n'aurait pas eu d'autres choix qu'une auto-agressivité allant jusqu'au suicide. L'expertise du Dr N_____ est tellement loin de la réalité qu'elle laisse le Dr O_____ perplexe. Elle est dénigrante pour la patiente et pour les médecins qui l'ont suivie. Il relève que la sinistrose ne figure pas dans la CIM-10 et que la définition donnée par le Dr. N_____ est celle faite par un auteur datant de 1908. Le Dr. L_____, psychiatre traitant de l'assurée, a également commenté l'expertise du Dr N_____ par pli du 27 juin 2009. Il indique que le déni du trouble de la personnalité par le Dr N_____ est d'autant plus

incompréhensible que ce trouble a été discuté avec lui par téléphone et que l'expert était d'avis qu'il s'agissait d'un trouble borderline. C'est précisément ce trouble qui explique la gravité et l'intensité de la réaction de l'assurée à son licenciement, ainsi que la durée de l'incapacité de travail qui a suivi. Le revirement entre l'entretien téléphonique et les conclusions écrites du Dr N_____ aurait mérité une argumentation plus sérieuse que les conclusions à l'emporte-pièces de la dernière page de l'expertise. L'expert commet une erreur de raisonnement en affirmant que le diagnostic de trouble de la personnalité doit être éliminé sur le fait de l'apparition tardive à cinquante-quatre ans, car en examinant l'anamnèse, l'expert aurait dû voir les signes de ce trouble depuis l'adolescence. Le fait qu'il n'ait été diagnostiqué formellement que vers cinquante ans ne signifie en aucun cas qu'il n'existait pas avant. L'incapacité de travail est bien de 100 % et les conclusions de l'expert sont contestées.

28. Par pli du 11 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, a résumé les faits depuis 2004 et motivé sa décision sur la reprise du travail de secrétariat de l'assurée prouvée par le rapport de surveillance et l'entretien avec les assureurs de la NATIONALE. D'ailleurs, la NATIONALE SUISSE avait mis un terme aux prestations versées depuis fin avril 2008. Sur le plan médical, l'expertise du Dr N_____ démontrait que l'assurée était pleinement capable de travailler, les courriers des divers médecins de l'assurée de mai à septembre 2009 "n'apportant rien à la cause et témoignant d'une mauvaise compréhension interdisciplinaire" selon avis du SMR, du Dr P_____, interniste, du 4 novembre 2009. Celui-ci précise qu'il lui est difficile de s'écarter de l'expertise du Dr N_____ et ce qui a été observé par le Dr L_____ est vraisemblablement des traits d'une personnalité perturbée et non un trouble.

Parmi les pièces jointes, il y a le procès-verbal de l'audition de l'assurée le 7 avril 2008 par la NATIONALE ASSURANCE. Après avoir posés diverses questions à l'assurée, notamment si elle a repris une activité ou envisage de le faire, et suite aux réitérées réponses négatives de l'assurée, les assureurs présents lui demandent si elle connaît l'entreprise X_____. Après avoir refusé de répondre, l'assurée indique "(...) J'ai tenté de reprendre une activité de temps en temps chez Monsieur D_____. Il me donne des sous de temps en temps. En fait, il me paie 20 francs de l'heure (...) J'y suis allée quelques heures, des fois plusieurs matinées" A la question posée: "Depuis quand connaissez-vous Monsieur D_____", l'assurée répond " Je ne sais plus. Je dirais un an, un an et demi, depuis début 2006. Je l'ai connu par une amie F_____ (...). Elle quittait l'entreprise et m'a demandé si je voulais la remplacer. A la question répétée "A quelle fréquence vous rendez-vous dans cette entreprise, puis "quels sont vos horaires", l'assurée répond "J'y vais tous les jours, je fais 8h-12h, je suis seule dans le bureau et certains jours, je ne vois personne".

29. Par décision du 8 octobre 2009, l'OAI a réclamé la restitution des prestations perçues de février 2008 à avril 2008.
30. Par acte du 3 novembre 2009, l'assurée a formé recours (A/3976/2009) contre la décision du 8 octobre 2009. Elle fait valoir les mêmes arguments que ceux développés à l'appui de son recours du 15 octobre 2009.
31. Par pli du 3 décembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, les arguments étant les mêmes que ceux développés à l'appui de la procédure A/3714/2009. Est joint à ce pli un courrier de la Caisse de compensation "Assurance" du 10 novembre 2009, qui indique que, sur la base de la décision de suspension de l'OAI du 16 avril 2008, le versement de la rente a été suspendu dès le mois de mai 2008, de sorte que, sur la base de la décision de refus du 14 septembre 2009, avec effet rétroactif au 1^{er} février 2008, ce sont les rentes de février à mai 2008 qui doivent être restituées.

Il ressort de ce courrier que l'arrêt du Tribunal de céans du 10 mars 2009, annulant la décision de suspension du 16 avril 2008 n'a pas été communiqué à la caisse de compensation.

32. Par jugement du 27 novembre 2009, le Tribunal a rejeté la demande de récusation formée par l'OAI contre Madame G_____ alors présidente de la 2^{ème} Chambre pour toutes les causes relevant de l'assurance invalidité dont elle était saisie.
33. Lors de l'audience du 12 janvier 2010, les parties ont accepté de joindre les causes et confirmé leurs demandes concernant l'instruction de la cause.
34. Par ordonnance du 14 janvier 2010, le Tribunal a ordonné la jonction des trois causes sous le no A/1724/2009, a fixé un délai au 26 janvier à l'assurée pour se déterminer sur les écritures de l'OAI dans les deux autres causes et a ordonné une audience de comparution personnelle et d'enquêtes.
35. Par pli du 26 janvier 2010, l'assurée s'est prononcée sur les déterminations de l'OAI s'agissant de la décision de suppression de rente et de celle de restitution de prestations. L'avis du Dr P_____, titulaire d'un FMH en médecine interne, et sans compétences pour se prononcer sur un dossier relevant de la psychiatrie est sans pertinence et ses remarques concernant l'avis du Dr R_____ sont inacceptables. D'ailleurs, c'est en vain que le Dr P_____ tente de justifier les hésitations et les points d'interrogation du rapport d'expertise du Dr N_____, ce qui démontre que ce dernier n'est pas convaincant. L'assurée confirme de plus avoir posé la question à l'OAI sur la possibilité d'avoir une petite activité et le fait que cette question n'a pas été documentée ne prouve pas son inexistence. S'agissant d'une activité inférieure à 30 %, ce fait ne modifie en rien le droit de l'assurée à une rente entière. L'activité déployée par celle-ci n'est pas celle d'une secrétaire avec toutes les responsabilités que cela implique, l'essentiel de l'activité administrative

étant effectuée par Monsieur D_____, notamment la préparation des devis, l'assurée se limitant à les recopier. Le procès-verbal de la NATIONALE SUISSE a été signé par l'assurée sous l'effet de la contrainte et le rapport de surveillance ne démontre strictement rien au niveau de l'activité de l'assurée, qui en conteste le contenu. Les affirmations de l'OAI tirées du rapport de surveillance au sujet de l'activité de l'assurée relèvent de la pure imagination. D'ailleurs, le fait d'aller faire ses courses et de sortir son chien n'est pas incompatible avec des troubles psychiques. Privée de sa rente, l'assurée a dû avoir recours à l'aide sociale pour faire face à ses obligations, car son salaire oscille entre 560 fr. et 750 fr. par mois. S'agissant de la demande de restitution, si l'OAI était convaincu de son droit de supprimer la rente et d'en demander la restitution en avril 2008 déjà, il aurait dû demander cette restitution avant le mois d'avril 2009, conformément au délai de l'art. 25 al. 2 LPGA, la prescription étant dès lors acquise, les mensualités faisant l'objet de la demande de restitution concernant les mois de février à avril 2008.

L'assurée a produit plusieurs pièces. L'attestation du 8 janvier 2010 du Dr L_____ indique qu'il faut persister à demander une expertise judiciaire, car l'élimination du trouble de la personnalité par les Dr N_____ et P_____ ne tient pas compte de l'anamnèse de la patiente qui montre que ces troubles existaient déjà depuis l'âge de jeune adulte et ont provoqué des altérations du fonctionnement bien avant le licenciement. S'agissant du trouble d'adaptation retenu par le Dr N_____, la CIM-10 précise que quand les symptômes persistent au-delà de six mois, on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au diagnostic clinique. Le médecin rappelle que le Dr N_____ avait admis l'existence d'un trouble de la personnalité par téléphone, mais que ce diagnostic a disparu de l'expertise. La caractéristique de ce type de trouble de la personnalité, aussi bien F60.31 que F60.0 est qu'en période de crise, il peut se présenter sous forme d'un état dépressif, de crises d'angoisse, de troubles du comportement qui, dans un premier temps, masquent le trouble de la personnalité sous-jacent. Il n'est donc pas inhabituel que le diagnostic se fasse sur la durée et qu'il n'apparaisse pas dans ses premiers rapports. L'assurée produit également un devis manuscrit, à titre d'exemple des devis qu'elle doit recopier à la machine à écrire.

36. Lors de l'audience du 9 mars 2010, plusieurs témoins ont été entendus.

a) Monsieur H_____, employé de l'entreprise X_____ depuis 26 ans, son travail consistant à livrer le matériel sur les chantiers, a déclaré se rendre au bureau seulement après 17h et n'y avoir jamais rencontré l'assurée.

b) Monsieur I_____, employé de l'entreprise depuis 20 ans, part tôt le matin sur les chantiers de sorte qu'il ne voit que rarement l'assurée. En général et depuis qu'il est devenu directeur en 2007, il est au bureau de 06h.30 à 08h.00, soit jusqu'à l'arrivée de M. D_____. Il rencontre donc l'assurée à ce moment-là, les jours où elle vient. A sa connaissance, elle vient le lundi, mercredi et vendredi matin. Quand

il repasse au bureau dans la matinée, il la rencontre parfois mais pas toujours. C'est essentiellement M. D_____ qui donne à l'assurée les documents à faire. Pour sa part, s'il a besoin qu'un devis soit établi, il transmet la demande à M. D_____. Il prépare alors le projet de devis à la main, il mentionne les prix et M. D_____ décide s'il veut les modifier.

c) Monsieur DI D_____, patron de l'entreprise, a déclaré que l'assurée travaille dans son entreprise depuis janvier 2008, au secrétariat. Elle copie à l'ordinateur des devis qui sont préparés à la main. Il y a 15 à 17 employés, dont 2 s'occupent de l'administration, l'assurée incluse. Elle vient environ 3 fois par semaine, sauf quand elle se sent mal. En principe, elle vient les lundis matins 2 heures, mercredis et vendredis matins 3 ou 4 heures. L'assurée oublie beaucoup de choses, il faut lui répéter les instructions et corriger son travail. Elle oublie parfois des éléments des devis lorsqu'elle les copie. Elle effectue beaucoup moins de travail que l'autre secrétaire, qui mettait 2 heures pour faire le travail de 3 heures de l'assurée.

Fin 2007, il avait besoin d'un dépannage pour le secrétariat. L'assurée a fait la connaissance de son épouse à Balexert. Elle s'ennuie et doit s'occuper. Au départ, elle est venue l'aider durant 2 ou 3 mois mais ne voulait pas être payée. La secrétaire de l'entreprise qui travaillait à 50 % était partie et l'assurée a effectué le strict nécessaire durant cette période, et jusqu'à fin 2009, concernant les devis et les factures, mais le comptable de l'entreprise voisine était là pour vérifier et faire le reste de l'administration. Le comptable habituel de l'entreprise a continué son travail de vérification. Elle a ensuite appelé l'OAI depuis son bureau pour savoir si elle pouvait travailler en fixe et il lui a été répondu que c'était possible jusqu'à 30 %. C'est alors qu'il l'a engagée. Le salaire a été fixé à 20 fr. de l'heure les trois premiers mois en 2008, puis à 25 fr. de l'heure. La totalité du salaire est déclarée.

L'assurée ne fait toutefois pas ce travail pour l'argent. Il arrive que l'assurée vienne à l'entreprise sans y travailler, pour ne pas rester seule. Parfois, elle vient durant 4 heures mais ne travaille que partiellement. A d'autres moments, elle va et elle vient à son gré. Ses horaires sont donc irréguliers. Le témoin répète que l'horaire plus ou moins convenu est celui déjà indiqué plus haut. L'assurée travaille entre 7 et 8 heures par semaine en moyenne, sur lesquelles il faut compter un rendement de 2/3. Le témoin précise qu'il n'est pas tout le temps au bureau, et lui paye les heures qu'elle note, car il lui fait confiance. C'est aussi parce que ça lui remonte le moral que Mme C_____ travaille un peu.

Le témoin confirme son attestation à l'OAI (document 62), en ce sens que l'assurée exerce une activité sans aucune responsabilité et que tous ses travaux sont contrôlés. Il précise qu'il faut être particulièrement attentifs à l'humeur de l'assurée qui parfois pleure, est stressée ou angoissée.

Il est difficile de chiffrer le nombre de devis et de factures établis chaque mois. En moyenne, il y a 6 devis et 3 petites factures par semaine, et 3 à 4 grosses factures à la fin du mois. L'assurée recopie ces devis et factures.

L'autre secrétaire, engagée depuis mars 2010, travaille à 50 %, parfois en même temps ou à d'autres horaires que Mme C_____. Les secrétaires ont les clefs des bureaux et les ouvriers ont les clefs du dépôt.

37. A l'issue de l'audience, un délai au 23 mars 2010 a été imparti aux parties pour produire des pièces et communiquer les coordonnées des autres témoins à entendre.

38. Lors de l'audience du 20 avril 2010, plusieurs témoins ont été entendus.

a) Monsieur J_____ s'occupe depuis environ trente ans de la comptabilité de l'entreprise X_____, mais pas des salaires. A sa connaissance, l'entreprise a toujours eu une secrétaire, en tout cas pas à plein temps, voire même à moins de 50%, car elle n'était pas souvent là. D'ailleurs, tout le monde appelle le patron de l'entreprise sur son téléphone portable, car on ne peut pas joindre l'entreprise autrement. Le témoin ne connaît pas les circonstances de l'engagement de l'assurée et il l'a rencontrée pour la première fois il y a deux ans. Le travail effectué par le témoin est le même depuis toujours, mis à part l'évolution régulière de la quantité et il n'y a pas eu de période pendant laquelle M. D_____ l'a chargé de tâches supplémentaires.

b) Monsieur K_____ est un voisin de l'entreprise X_____ depuis 1989. Avant l'arrivée de l'assurée, cette entreprise employait une secrétaire, mais le témoin ne connaît pas son taux d'activité. Il a toujours aidé M. D_____ avec son informatique, au début pour lui expliquer les programmes, puis durant une période, celui-ci lui a régulièrement demandé de l'aide, pour créer des documents sur Word. Il a alors dû établir des devis, courriels, factures et courriers, sans être capable de préciser les dates et la durée pendant laquelle M. D_____ l'a sollicité de façon plus fréquente. Il n'a pas été rémunéré spécifiquement pour ce travail, car il s'occupe de la comptabilité des sociétés de M. D_____. Depuis un certain temps, qu'il ne parvient pas à dater, ce dernier ne lui demande plus d'établir ces documents mais le contremaître lui demande encore de temps en temps un conseil. Il n'a pas vu travailler l'assurée, de sorte qu'il ne peut pas s'exprimer sur la qualité de son travail. Les locaux du témoin sont au même étage que ceux de M. D_____.

c) Monsieur AA_____ est employé auprès de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES et a auditionné l'assurée le 7 avril 2008 en compagnie d'un collègue. L'assurance avait des doutes quant à l'activité de l'assurée, car elle ne parvenait pas à la joindre au téléphone le matin et un passage inopiné au domicile n'a pas permis de la rencontrer, raison pour laquelle un détective a été mandaté, dont les conclusions positives ont amené l'assurance à entendre l'assurée.

L'audition a eu lieu dans un local vitré d'environ 15 m². Elle s'est bien passée. L'assurée avait l'air triste, de sorte qu'ils ont commencé par une discussion. Sur question, l'assurée n'admettait pas avoir une activité, de sorte qu'ils l'ont ensuite confrontée au rapport de surveillance. Le témoin précise qu'il procède toujours ainsi, car parfois les assurés admettent l'activité et donnent une explication plausible. Après avoir su qu'une surveillance avait été faite, l'assurée a admis qu'elle travaillait tous les matins à l'entreprise X_____ et qu'elle percevait un salaire de la main à la main. Elle a parlé de 20 fr. de l'heure et le témoin ne se souvient plus si elle a indiqué la fréquence des paiements (par jour, par semaine ou par mois). Au début, l'assurée a pleuré en parlant de sa situation de dépression, puis, à la fin de l'entretien, elle était en colère. Le témoin conteste avoir exercé une quelconque pression sur l'assurée. Après qu'elle a eu nié trois ou quatre fois de suite, avoir une quelconque activité, même de bénévolat, il se devait de lui communiquer qu'il connaissait l'activité exercée et il ne pense pas que l'assurée était perturbée au point de ne pas savoir ce qu'elle disait ou d'admettre des choses qui n'existent pas.

Sur la base des éléments en sa possession, l'assurance a considéré qu'il y avait fraude à l'assurance et a mis un terme au versement des prestations depuis avril 2008, puis a réclamé le remboursement des prestations déjà versées, ainsi que le paiement des frais du détective. S'agissant d'un contrat soumis à la LCA, l'assurance a la possibilité de résilier le contrat en totalité et pas seulement depuis le premier jour de la surveillance.

Le courrier du 2 avril 2008 contenait un certain nombre de pièces, mais pas le rapport de surveillance car l'audition de l'assurée n'avait pas encore eu lieu. Sur demande de l'AI sollicitant les autres documents en possession de l'assurance, le rapport a été transmis ultérieurement.

Il n'y a pas eu de courrier de l'avocat de l'assurée entre juillet 2008 et le récent courrier reçu, à la connaissance du témoin. A son souvenir, les courriers contestent l'obligation de rembourser, mais ne contestent pas la suppression des prestations pour l'avenir. L'avocat de l'assurée a indiqué lors d'un entretien que sa cliente n'était pas en mesure de rembourser cette somme et, il y a une semaine, il a sollicité la renonciation à invoquer la prescription. Il est toutefois possible que l'avocat de l'assurée ait contesté les prétentions de l'assurance par courrier auprès du service du contentieux qui détient le dossier depuis l'été 2008.

Le témoin précise qu'à son souvenir, mais hors procès-verbal d'audition, il a suggéré à l'assurée d'annoncer à l'OAI la reprise d'une activité.

d) Monsieur AB_____ est l'enquêteur privé mandaté par l'assurance et l'auteur du rapport du 22 février 2008. Il précise qu'il n'a constaté rien de plus que ce qui figure dans son rapport et que ce qui a été filmé, à savoir que la surveillance a été

effectuée onze jours sur quatre semaines, durant lesquels l'assurée s'est présentée à l'entreprise X_____ entre 7h20 et 7h40 pour en repartir un peu avant midi. La surveillance l'après-midi a eu lieu une seule fois et il n'a pas constaté que l'assurée se soit rendue à l'entreprise. Il s'est limité à effectuer la surveillance le matin. Pour cibler l'environnement, il procède à la surveillance sur une journée entière. Cela a permis d'établir que l'assurée promène son chien le matin et que le premier après-midi de la surveillance, elle s'est rendue à Balexert, au restaurant « Le Savarin ».

Le témoin a constaté que l'assurée était assise à un bureau et qu'elle parlait au téléphone et classait des papiers. Il est passé dans le couloir pour le constater à deux ou trois reprises. Il a effectivement constaté que l'assurée a utilisé un véhicule immatriculé au nom de l'entreprise, un matin pendant lequel elle se trouvait à l'entreprise. Durant la surveillance, qui s'effectuait depuis l'extérieur, il n'a jamais constaté que l'assurée se rendait dans d'autres bureaux que ceux de l'entreprise en question. Une fois qu'il avait été constaté qu'elle était entrée dans l'immeuble et, suite à deux vérifications de sa présence dans les bureaux de l'entreprise, il en a conclu qu'elle se rendait à chaque fois dans ces bureaux-là, au 1^{er} étage, dont les stores sont souvent fermés.

Le mandat de la NATIONALE SUISSE mentionne sous « motif de la surveillance » que l'assurée souffre d'un état de dépression profond. Le témoin en remet une copie au Tribunal.

39. Par pli du 28 avril 2010, le Tribunal a informé les parties de son intention de procéder à une expertise psychiatrique et leur a transmis le projet de mission d'expertise, en leur impartissant un délai au 10 mai 2010 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et les questions libellées dans la mission d'expertise.
40. Par pli du 7 mai 2010, l'OAI s'est montré particulièrement surpris du fait que le Tribunal entende ordonner une expertise psychiatrique, le dossier contenant d'ores et déjà un rapport d'expertise daté du 28 mai 2009 qui revêt pleine valeur probante. De plus, le temps écoulé depuis la notification de la décision de suppression de rente, soit presque un an, implique que des éléments subséquents sont susceptibles d'influencer de manière notable les conclusions d'une nouvelle expertise, l'assurée étant dans une situation financière catastrophique, ce qui influence certainement son moral. Ainsi, une nouvelle expertise psychiatrique ne permettra pas de constater quel était l'état de santé psychique de l'assurée au moment de la notification de la décision de suppression de rente, de sorte que l'OAI s'oppose à la réalisation de cette nouvelle expertise.
41. Par pli du 10 mai 2010, l'assurée a indiqué ne pas avoir d'observations, ni de cause de récusation à faire valoir.

42. Par ordonnance du 12 mai 2010, le Tribunal a commis le Dr S_____, psychiatre, à titre d'expert et lui a transmis la mission d'expertise.
43. A la demande du Tribunal, la caisse de compensation a transmis le 31 mai 2010 les extraits de comptes des employés de l'entreprise X_____, dont un résumé concernant uniquement le salaire réalisé par des femmes occupées au secrétariat, au vu de l'activité de l'entreprise, a été communiqué aux parties. Il en ressort que la secrétaire employée depuis janvier 2003 a réalisé un salaire annuel brut de 58'390 fr. (janvier-décembre 2003), 58'321 fr. (janvier-décembre 2004) et 21'056 fr. (janvier-avril 2005). Une autre secrétaire a été employée pour un salaire de 10'710 fr. (juin à septembre 2005). Une troisième secrétaire a travaillé en août 2007 pour un salaire de 2'217 fr. Le revenu versé à l'assurée est de 9'067 fr. 20 (janvier-décembre 2008) et 9'641 fr. 35 (janvier-décembre 2009).
44. L'expert mandaté a été régulièrement relancé concernant l'avancement de l'expertise.
45. a) Le rapport d'expertise du Dr S_____ du 21 mars 2011, reçu le 29 mars 2011 se fonde sur le dossier mis à disposition, cinq consultations avec l'expertisée, les 10, 17, 24 et 26 janvier ainsi que de 2 mars 2011, les résultats d'un auto-questionnaire destiné à évaluer la structure de la personnalité, les résultats d'un auto-questionnaire destiné au dépistage des troubles de la personnalité, un entretien clinique structuré pour le diagnostic des troubles de la personnalité.

L'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle est très détaillée. L'anamnèse psychiatrique indique un premier épisode dépressif en 1975-1976 puis l'installation d'un état dépressif aigu après la perte d'un emploi en octobre 2003, particulièrement sévère fin 2003 et durant l'année 2004, l'expertisée étant suivie depuis novembre 2004 par le Dr L_____, psychiatre. Parmi les éléments d'anamnèse psychiatrique extraits du dossier, l'expert mentionne l'expertise de la Dresse M_____, psychiatre, du 19 avril 2004 qui diagnostique un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et considère que l'état psychique actuel est à la limite de la nécessité d'une hospitalisation, soulignant la fragilité de la personnalité de l'expertisée. L'expert mentionne le rapport médical du 17 avril 2008 du Dr L_____ mentionnant une légère amélioration et un essai de reprise de travail de 25% depuis le 7 janvier 2008, à titre d'essai de réhabilitation ainsi que le rapport plus détaillé du Dr L_____ du 11 juin 2008, dans lequel le médecin qualifie la dépression de récidivante et persistante, avec des crises d'angoisses et des états d'agitation, insistant sur la valeur thérapeutique de la reprise d'une petite activité. Le rapport du 6 août 2008 de la Dresse M_____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisodes actuels sévères sans symptômes psychotiques et troubles mixtes de la personnalité, et elle signale un état dépressif sévère avec des idées suicidaires envahissantes, un isolement social, des troubles du sommeil, de l'anxiété, des troubles de la mémoire et de la concentration, la

pathologie de la personnalité s'étant accentuée par manque de cadre, jadis offert par le travail. Les difficultés d'appréciation de l'assurée rendaient compte de la manière confuse et inadéquate qu'elle avait eu d'informer l'AI de son activité à 25 % depuis janvier 2008. L'expertise du 28 mai 2009 du Dr N_____, psychiatre, conclut qu'aucun trouble mental ou du comportement n'est mis en évidence, l'observation rapportant aucune anomalie de l'attention ou de la concentration, ni fatigabilité, ni ralentissement du discours, etc. L'humeur apparente n'est pas décrite et l'appréciation par l'expertisée n'est pas mentionnée, le Dr N_____ relevant "beaucoup de larmes avec convenance", le Dr S_____ précisant dans son expertise que le sens de cette phrase lui échappe. Enfin, un courrier du Dr L_____ du 8 janvier 2010 réfute le diagnostic de troubles de l'adaptation et soutient que sa patiente souffre également d'un trouble de la personnalité, le médecin précisant qu'une anamnèse sérieuse montre que les troubles de l'assurée existent depuis l'âge de jeune adulte et qu'ils ont provoqué des altérations du fonctionnement social et une souffrance cliniquement significative bien avant les troubles qui ont suivi le licenciement.

b) S'agissant des plaintes de la patiente, celle-ci mentionne des troubles mnésiques et de difficultés de concentration. Au travail, elle est vite stressée et débordée, perd pied et s'énerve. Elle est incapable d'accomplir un travail exigeant de la concentration, de sorte qu'on ne lui confie que des tâches simples et surtout du classement. Elle est lente, tendue et irascible, doit tout vérifier, de sorte que son rendement est faible, bien que tout soit préparé et contrôlé par son patron, qui rédige à la main les devis qu'elle recopie à l'ordinateur. Certains matins, elle se sent incapable de se rendre au travail, quand elle a mal et est épuisée, son humeur est effondrée et elle ne peut retenir ses larmes. Ses difficultés de concentration la gênent aussi dans ses activités d'ordre privé (lecture, ménage, etc.). Son humeur est toujours triste, elle pleure sans raison, rumine, ressasse ses échecs et les injustices subies. Le travail était sa raison de vivre et elle se sent inutile, pense souvent à la mort, mais n'a ni idées, ni projets suicidaires. Elle est impatiente, irritable, s'emporte facilement, devient agressive en paroles et ne supporte plus gens. Autrefois coquette et soucieuse de plaire, elle est devenue indifférente à son apparence, a perdu toute estime de soi, se reproche d'avoir été une mauvaise mère et de n'aimer personne. Elle vit repliée sur elle-même, fuyant le contact. L'expertisée se plaint aussi de fatigue et de troubles du sommeil, et s'allonge sur le canapé à midi. Le soir elle s'endort en 30 minutes, mais se réveille vers 3 ou 4 heures du matin, inquiète, ruminant des pensées tristes. Elle a peu d'appétit et s'alimente mal. L'anhédonie est marquée, seuls les chiens lui apportent un peu de joie, et elle les promène très tôt le matin et le soir à la tombée de la nuit, pour éviter de rencontrer des gens. Le soir elle regarde la télévision et est souvent prise d'angoisses avant d'aller se coucher. Elle ne consomme pratiquement plus d'alcool depuis 25 ans et a cessé de fumer. L'investigation psycho-pathologique orientée confirme la présence de la plupart des critères du trouble borderline : l'expertisée a

toujours été très impulsive et agressive, contrôle difficilement sa colère, se dit franche et directe, mais constamment sur la défensive, ses relations sont tumultueuses, son humeur instable, ses émotions difficiles à contrôler, l'incertitude identitaire persiste et elle éprouve souvent un sentiment de vide et d'ennui. Selon l'évaluation psychométrique, soit l'inventaire de dépression de Beck, le résultat est de 25/39 le 24 janvier 2011, ce score correspondant à un état dépressif sévère. Les résultats obtenus au TCI sont en faveur de l'existence d'un trouble sévère de la personnalité, l'expertisée ayant obtenu des scores très inférieurs à la norme statistique dans les dimensions de caractère "auto-détermination" et "coopérativité", ainsi que des scores élevés aux dimensions "évitement du danger" et "recherche de la nouveauté". Cela représente une caractéristique commune à tous les troubles de la personnalité et témoigne d'une forte impulsivité et d'une tendance marquée à l'anxiété, au pessimisme, et aux perturbations de l'humeur. Le trouble de personnalité apparaît aussi de la manière la plus nette dans les résultats du questionnaire des traits de la personnalité. Tous les items définissant ce trouble sont présents, ainsi que de nombreux traits caractérisant d'autres troubles (paranoïaque, obsessionnelle, narcissique, etc).

c) Lors de l'observation, l'expert observe que l'assurée a une expression triste et, à plusieurs reprises, elle a pleuré en silence, conservant une certaine réactivité émotionnelle et, à de rares moments, esquissant un sourire. Le discours est normalement organisé, sans anomalies formelles, articulé d'une voix un peu faible et avec un débit discrètement ralenti, répétant des mots pessimistes. Elle a constamment montré des signes de nervosité et d'anxiété (faciès inquiet, tension apparente, crispation des mains).

d) L'expert diagnostique un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31).

S'agissant de l'appréciation du cas, l'expertisée souffre d'un état dépressif majeur d'évolution chronique. Ce trouble n'a pas connu de rémission symptomatique depuis sa survenue en octobre 2003, en dépit du traitement pharmacologique et psychothérapeutique instauré depuis décembre 2004.

L'évolution clinique est défavorable et s'explique essentiellement par l'existence d'un trouble sévère de la personnalité. Une investigation clinique approfondie (anamnèse orientée, entretien semi-structuré, usage d'auto-questionnaires) amène à diagnostiquer un trouble borderline, auquel s'ajoute des traits paranoïaques (méfiance, rigidité), obsessionnels et narcissiques. La pathologie de la personnalité a ses racines dans les traumatismes - l'abandon, le rejet, la maltraitance physique et affective - vécus dans l'enfance et l'adolescence, elle est à l'origine des échecs répétés que l'expertisée a connus dans sa vie personnelle (isolement, difficultés dans les relations interpersonnelles, sentiment d'incompréhension). Ses manifestations cliniques se sont accentuées après le licenciement. Le travail était le

seul domaine pleinement investi, porteur de toutes les valeurs. Sa perte a précipité l'effondrement narcissique, elle a provoqué un sentiment d'incapacité et d'inutilité et joué un rôle déterminant dans la survenue et la chronicisation de la dépression.

Le pronostic est très réservé. Il est peu probable que l'expertisée trouve à l'avenir un état clinique compatible avec une véritable activité lucrative, même à mi-temps. Sa capacité de travail restera limitée par un rendement insuffisant et l'incapacité à supporter les stress inhérents à la vie professionnelle. La poursuite du traitement psychiatrique intégré est évidemment indispensable.

e) S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert indique que la diminution importante de cette capacité est attribuée aux effets conjugués de l'état dépressif chronique et du trouble de la personnalité, la capacité correspond à un taux d'activité de 30%, avec un rendement réduit d'environ 50%. L'expertisée a retrouvé une capacité de travail durable, mais très limitée, à partir du début de l'année 2008, qui peut s'exercer seulement dans un milieu professionnel peu exigeant en termes de rendement, et particulièrement tolérant en termes d'absences fréquentes, d'horaires relativement libres. Un travail de secrétariat confiné à des tâches simples et routinières, exemptées de stress ou d'obligation de rendement est adapté à l'état clinique de l'expertisée et doit être encouragé dans une perspective thérapeutique. Dans le cadre de son emploi auprès de l'entreprise X_____, la capacité de travail de l'assurée n'excède pas une quinzaine d'heures par semaine, soit un taux de 30% au maximum. L'autonomie professionnelle est réduite et le rendement faible, atteignant à peine la moitié de celui que l'on peut exiger dans ce type d'activité ou de celui que l'assurée a elle-même eu durant sa vie professionnelle, jusqu'en 2003, selon sa propre estimation. D'après les documents et l'anamnèse, l'état dépressif de l'expertisée est stable depuis 2006. Bien que l'expert ne puisse pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré en 2006 et 2008, aucun argument ne permet de soutenir qu'elle aurait été plus ou moins importante que depuis début 2008. L'état de santé de l'assurée n'a pas été notablement modifié par sa situation sociale et financière et le degré de sévérité de la dépression ne s'est pas aggravé depuis la suspension du versement de la rente.

e) S'agissant de l'avis des autres psychiatres consultés, l'expert indique qu'il partage, pour l'essentiel, les avis du Dr L_____ et de la Dresse M_____. Cette dernière a diagnostiqué chez l'expertisée un "trouble dépressif récurrent" et "des troubles mixtes de la personnalité". En août 2008, elle constatait un "état dépressif sévère" et signalait une accentuation de la pathologie de la personnalité. Quant au Dr L_____, il évoquait en mai 2008 une dépression "récidivante et persistante" et une "instabilité thymique marquée avec brusque passage par des décompensations majeures, avec idéation suicidaire". Il a ajouté en janvier 2010 que sa patiente souffrait d'un trouble de la personnalité "... [ayant] provoqué des altérations du fonctionnement social et une souffrance cliniquement significative...". Par contre, l'expert est en désaccord avec les conclusions de

l'expertise du Dr N_____. Son anamnèse psychiatrique présente des lacunes, il ne tient pas compte des mauvais traitements physiques et affectifs subis par l'expertisée, il retient une vie affective et satisfaisante, riche et intéressante, ce qui est éloigné des éléments d'anamnèse livrés par l'expertisée. Le trouble de l'adaptation retenu n'est pas compatible avec le tableau clinique rapporté par les médecins qui ont suivi l'expertisée, l'état clinique de l'expertisée était à l'époque beaucoup plus sévère que celui correspondant aux troubles de l'adaptation. L'appréciation du Dr N_____ est contestée, car l'assurée n'a pas développé des complications asséurologiques, mais bien un état dépressif sévère, dont la pérennisation s'explique, entre autres facteurs, par la perte de l'étayage psychique que représentait son travail et l'effondrement narcissique qui s'en est suivi, aggravant les manifestations d'un trouble de la personnalité présent de longue date.

f) A propos de la manière dont elle a communiqué avec l'OAI, l'expertisée a indiqué à l'expert que son patron et elle-même ont téléphoné à l'OAI afin de s'informer des règles concernant la possibilité d'avoir une activité professionnelle à temps partiel. Il leur aurait été répondu que les bénéficiaires d'une rente AI peuvent travailler jusqu'à un taux d'activité de 30%. L'expertisée n'avait pas donné son nom à son interlocuteur et il s'agissait d'une réponse à caractère général. Elle a commencé à travailler en 2007, d'abord sans rémunération, précise-t-elle, puis elle a été engagée après une période d'essai de trois mois. Par ailleurs, l'expertisée ne se souvient pas d'avoir rempli un questionnaire à l'occasion de la procédure de révision de la rente.

Quant au rapport de l'entretien qu'elle a eu avec des collaborateurs de la NATIONALE SUISSE, elle explique l'avoir signé sous pression. "J'ai paniqué et j'ai perdu mes moyens, je ne sais pas ce que j'ai signé." a-t-elle dit à l'expert, ajoutant que les inspecteurs qui ont mené l'interrogatoire dans leurs bureaux se sont montrés intimidants et même menaçants.

Des mesures médicales adaptées sont mises en œuvre depuis la fin de l'année 2004, sous la forme d'un traitement psychiatrique intégré. Ce traitement est nécessaire et il doit être poursuivi, mais il n'y a pas lieu d'en attendre une amélioration de la capacité de travail.

46. Le rapport d'expertise a été transmis aux parties avec un délai pour se déterminer.
47. Par conclusions motivées du 2 mai 2011, l'assurée rappelle les faits importants de la cause, cite l'expertise du Dr N_____, de longs passages des témoignages recueillis et de l'expertise du Dr S_____. Elle fait valoir que son taux d'invalidité n'a pas connu de modifications, au sens de l'art. 17 LPGA, puisqu'il est resté stationnaire selon les rapports médicaux et expertises produits, seule l'expertise du Dr S_____, à la différence de celle du Dr N_____, ayant pleine valeur probante. S'agissant de l'activité au sein de l'entreprise, l'assurée n'y travaille qu'à raison d'environ 8 heures par semaine, ce qui est confirmé par les

témoignages recueillis, les décomptes de salaire, le rapport de surveillance contesté par la recourante ne portant que sur trois jours par semaine et ce durant trois semaines, certains jours ne portant aucune mention utile, de sorte qu'il ne saurait être crédible et probant. L'attitude de l'OAI, qui est une assurance sociale, est inadmissible et doit être sanctionnée.

L'assurée produit une copie de son certificat de salaire 2008, qui confirme le revenu brut de 9'067 fr. 20 ainsi que deux rapports médicaux. Le premier, du Dr O _____ du 8 avril 2011 indique que les conclusions de l'expertise du Dr S _____ sont précises et conformes à la situation que vit la patiente, de sorte que les juges ne devraient pas en dévier. Le second, du Dr L _____, du 21 avril 2011, estime que l'expertise du Dr S _____ est bien faite, qu'elle comporte une anamnèse complète, un examen clinique détaillé et précis, complété par des examens complémentaires sous forme de trois tests psychologiques. Les conclusions sont étayées, cohérentes et prennent en compte l'ensemble des données. Le médecin partage les conclusions du Dr S _____. Les différences entre celle-ci et les conclusions du Dr N _____ ne relèvent pas d'une simple divergence de points de vue ou d'évaluation. Il y a une différence qualitative majeure entre le travail approfondi et exhaustif du Dr S _____, et l'évaluation superficielle et lacunaire du Dr N _____. Pour la forme, le Dr L _____ précise qu'il n'a eu aucun contact avec l'expert, qui s'est donc prononcé en toute indépendance.

48. Par pli du 2 mai 2011, l'OAI maintient les conclusions exprimées dans les précédentes écritures. Il reprend également le déroulement des faits. S'agissant de l'état de santé de l'assurée, l'OAI estime que la situation évaluée par l'expert S _____ s'éloigne de celle existant au moment de la notification de la décision, dès lors qu'elle est faite 2 ans plus tard. De plus, selon l'avis du SMR du 8 avril 2011 joint en annexe, l'expertise du Dr S _____ n'est pas probante. Le trouble de la personnalité est présent dès l'âge adulte et le Dr S _____ le met en évidence chez une assurée de 58 ans, qui a été vue par deux autres experts qui n'ont pas retenu ce trouble, l'assurée ayant pu travailler de nombreuses années chez le même employeur. Or, le Dr S _____ se rallie aux conclusions de l'un des autres experts, la Dresse M _____, qui n'avait toutefois pas retenu un tel trouble. Les explications pour lesquelles le Dr S _____ s'écarte de l'expertise du Dr N _____ sont sommaires et peu motivées, et le SMR ne peut pas mettre en doute les dires de l'assurée ni la neutralité de l'expert N _____, qui a clairement démontré que l'assurée ne présentait aucune atteinte psychiatrique. Le diagnostic retenu par le Dr S _____ repose uniquement sur une expression triste et il est fort surprenant que l'assurée présente depuis 2004 toujours le même épisode dépressif. L'assurée présente selon le SMR tout au plus un état dépressif réactionnel à la suppression de sa rente, qui n'entraîne pas d'incapacité de travail durable.

49. En second lieu, l'OAI rappelle que l'invalidité est une notion économique, l'atteinte à la santé n'étant pas seule déterminante et il faut tenir compte de plusieurs

éléments objectifs dans le cas d'espèce. Selon les déclarations de l'assurée et les témoignages recueillis, l'assurée effectue les tâches d'une secrétaire avec toutes les responsabilités que ce poste implique. Elle a déclaré à la NATIONALE SUISSE être payée 20 fr. de l'heure depuis 2006, en travaillant tous les matins de 08h.00 à 12h.00 étant précisé qu'elle a signé toutes les pages du procès-verbal. Elle tente aujourd'hui de prouver le contraire, mais il s'avère que l'activité de 08h.00 à midi tous les matins est confirmée par le rapport de surveillance. L'assurée a manifestement toute la confiance de son employeur et assume régulièrement seule la gestion courante de l'entreprise. L'amélioration de l'état de santé de l'assurée est telle que celle-ci a une vie sociale complète (courses, promenades avec son chien, nombreux contacts dans son quartier, fréquentations d'amis dans des endroits publics), l'assurée commençant sa journée de façon matinale en promenant son chien avant 7h. du matin, soit avant de se rendre à son travail. Elle a donc un programme journalier bien rempli, auquel elle se tient, ce qui est incompatible avec la gravité des troubles psychiques allégués. Il est donc clair que l'assurée a repris une activité de secrétaire à raison de 4 heures par jour, ce qu'elle a omis d'annoncer à l'OAI. Les témoignages recueillis ne permettent pas de confirmer les dires de l'assurée. D'une part, le nombre de factures et de devis annoncés par M. D_____ semble insignifiant, au vu du nombre d'employés et de ressources de la société. Or, ce n'est qu'en mars 2010 qu'une nouvelle secrétaire à 50% a été engagée. Par conséquent, il faut retenir que l'assurée a été la seule employée administrative de la société à tout le moins depuis fin 2007, durant presque trois ans. Ainsi, si l'assurée s'était avérée aussi incompétente qu'elle le prétend, le travail effectué par M. AC_____ aurait été suffisamment important pour que le témoin se souvienne de façon précise de la période durant laquelle il a été plus régulièrement sollicité. L'OAI a réalisé une synthèse des données transmises par la Caisse de compensation et il en découle que, de 2003 à 2005, la société comptait deux employés administratifs, l'un à plein temps et l'autre à mi-temps, sur la base d'un salaire moyen d'environ 5'000 fr. pour une activité de secrétariat, en tenant compte du salaire de l'épouse de M. D_____ en 2004. Or, la situation de la société est pour le moins étrange par la suite. Malgré une évolution normale de l'activité, l'entreprise n'aurait quasiment pas compté d'employés administratifs jusqu'à l'arrivée de l'assurée. Or celle-ci, a déclaré qu'elle connaissait M. D_____ depuis début 2006, l'ayant connu par une amie, F_____. Il s'avère qu'une secrétaire prénommée F_____ a travaillé pour la société X_____ en 2005, de sorte que l'assurée a vraisemblablement travaillé comme secrétaire dans l'entreprise depuis 2006 déjà. C'est donc à juste titre que l'OAI a suspendu le versement de la rente à compter du 1^{er} mai 2008, après avoir pris connaissance du rapport de surveillance et du rapport d'entretien de la Nationale suisse. Cela implique que l'assurée est tenue à restituer des prestations perçues indûment du 1^{er} février au 30 avril 2008.

50. La cause a été gardée à juger le 5 mai 2011.

51. Constatant que certains faits n'étaient pas élucidés, la Cour a informé les parties le 30 juin 2011 qu'une audience d'enquêtes aurait lieu le 23 août 2011.
52. Lors de l'audience du 23 août 2011, la recourante a confirmé avoir commencé à travailler à l'essai et pour la première fois chez M. D_____ en novembre de l'année 2007 et non pas en 2006, contrairement à ce que la NATIONALE SUISSE indique. D'ailleurs, elle a connu M. D_____ début 2007 seulement. Une prénommée F_____ lui a indiqué qu'elle avait travaillé pour M. D_____, mais quelques années auparavant et que ce dernier cherchait depuis lors à engager une secrétaire pour quelques heures par semaine, mais elle ne lui a pas immédiatement succédé. Elle ne se souvient pas précisément comment elle l'a connue, mais confirme avoir d'abord fait la connaissance de Mme D_____, en buvant un café à BALEXERT. Depuis novembre 2007, et encore actuellement, elle se contente de dactylographier les documents rédigés à la main par M. D_____ ou les autres employés de l'entreprise et ne sait pas si quelqu'un d'autre effectue aussi des travaux de secrétariat. C'est M. D_____ qui lui a montré les devis et expliqué ce que qu'elle devait faire. Personne d'autre ne l'a mise au courant.

S'agissant du procès-verbal de la NATIONALE SUISSE du 7 avril 2008 (pièce 93), elle conteste avoir dit qu'elle avait remplacé F_____ et qu'elle connaissait M. D_____ depuis début 2006. F_____ n'était pas vraiment une amie, mais une connaissance, qu'elle a revu une ou deux fois pour boire un café, mais plus ultérieurement.

La recourante a précisé ne pas avoir discuté de cette audience avec les témoins convoqués, M. D_____ lui a simplement dit qu'il était à nouveau convoqué et lui a demandé ce que la Cour voulait, ce à quoi elle a répondu qu'elle ne savait pas.

L'assurée a confirmé qu'elle travaille environ huit heures par semaine et est en général seule dans le bureau. Le lundi, elle commence à 10h00 et se présente à 9h45, les mercredi et vendredi, à 8h30. Ces trois jours, elle termine vers 11h45. Lorsqu'elle arrive, le travail à faire est sur son bureau et elle dactylographie les projets de devis, de factures et de soumissions et fait beaucoup de classement. Elle ne s'occupe ni de la paie, confiée à la caisse du bâtiment, ni de la comptabilité dont la fiduciaire se charge; elle a rarement des téléphones car les clients appellent M. D_____ ou les employés sur leur portable. S'agissant du rapport du détective, qui indique l'avoir vue d'autres jours que ceux susmentionnés, elle précise qu'elle se rend parfois à l'entreprise X_____ pour y boire un café et, au début de son activité, pour y aménager son bureau à son goût, s'installer, choisir les meubles pour travailler dans des conditions agréables. Mis à part au début de son activité, elle ne s'est plus rendue tous les jours au bureau.

53. Monsieur D_____, entendu à nouveau comme témoin le 23 août 2011, a confirmé avoir donné pour la première fois du travail à l'assurée fin 2007. L'avant

dernière secrétaire, a travaillé à plein temps durant trois ans environ, et refusait de travailler à mi-temps seulement, tout en passant son temps à envoyer des messages à des copines, raison pour laquelle il s'en est séparé. Avec l'avancée de l'informatique, il n'a plus besoin d'une secrétaire, et en tout cas pas à plein temps. La dernière secrétaire qu'il employait est Mme AC_____ (ex-épouse de M. AC_____), laquelle a effectivement travaillé quelques mois, de juin à septembre 2005. Elle est ensuite retournée chez son précédent employeur. A son départ, il a cherché une secrétaire à temps partiel activement, mais celles qui étaient compétentes n'acceptaient finalement pas le poste, car elles estimaient que le salaire à mi-temps n'était pas suffisamment intéressant et malgré les nombreuses réponses aux offres d'emploi, il n'a pas réussi à engager une secrétaire. Certaines avaient des prétentions de salaire trop élevées, l'entreprise offrait 4'000 fr. à plein temps, mais 2'500 fr. pour le mi-temps proposé. Il est donc resté sans employée de bureau de septembre 2005 à novembre 2007 et lui-même et les ouvriers se débrouillaient pour faire les choses eux-mêmes. MM. J_____ et AC_____ l'ont parfois dépanné et, souvent, il demandait aux architectes qui faisaient les soumissions de dactylographier les devis. Il n'a pas rémunéré M. AC_____ pour l'aide apportée, car ils avaient à l'époque une autre affaire ensemble. Le témoin a précisé que c'est toujours la fiduciaire qui s'est occupée de la comptabilité et la caisse du bâtiment des salaires. Il ne connaît pas F_____, la seule secrétaire qu'il a engagée et qui a un nom similaire est AC_____.

Après que la Cour a précisément attiré l'attention du témoin sur les conséquences pénales d'un faux témoignage, ce dernier a confirmé qu'après deux à trois mois d'essai fin 2007, c'est depuis janvier 2008 que l'assurée a été engagée dans son entreprise et qu'elle n'y a pas travaillé auparavant. Face aux doutes émis par la représentante de l'OAI sur la date d'engagement de l'assurée et le fait qu'il l'aurait peut-être fait travailler sans la déclarer depuis 2006 déjà, il a confirmé encore que l'assurée travaille depuis fin 2007 seulement et il a précisé avoir toujours déclaré tous ses ouvriers et employés à l'AVS, même les ouvriers qui parfois n'avaient pas de permis de travail.

Le témoin a aussi confirmé que c'est son épouse qui a connu l'assurée dans un café de BALEXERT au courant de l'été 2007. Il cherchait une secrétaire pour quelques heures par semaine le matin et ne savait pas alors qu'elle était à l'AI. Durant les deux mois de fin 2007, l'assurée ne voulait pas être payée car elle souhaitait uniquement s'occuper, mais il lui a toutefois donné un petit défraiement pour cette période. Dans la mesure où l'assurée avait vérifié auprès de l'OAI qu'elle pouvait travailler à 30 % et qu'il avait précisément besoin de quelqu'un pour seulement sept à huit heures par semaine, il l'a engagée dès le 1er janvier 2008. L'engagement de l'assurée correspondait à un besoin de l'entreprise. S'agissant de savoir si l'assurée correspond aux exigences du poste, le témoin confirme qu'elle fait souvent des erreurs. Toutefois, personne d'autre ne serait d'accord de travailler quelques heures seulement pour 750 fr. par mois. En 2010, il a engagé durant quelques mois une

autre secrétaire dans l'espoir de lui confier un peu de comptabilité, notamment la TVA, mais elle n'était pas à la hauteur et passait beaucoup de temps à faire d'autres choses que son travail et il ne l'a pas gardée.

Le témoin a précisé ne pas avoir discuté avec l'assurée de l'audience et lui a uniquement dit qu'il avait été convoqué.

54. A l'issue de l'audience et en accord avec les parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références).

Les trois décisions litigieuses datent des 17 avril, 14 septembre et 8 octobre 2009 et portent sur les prestations dues dès le 1^{er} janvier 2008, soit après l'entrée en vigueur de la LPGA et l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Partant, du point de vue matériel, la modification du droit à une rente d'invalidité doit être examinée au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les trois recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de suspendre le versement de la rente par décision incidente du 17 avril 2009, de supprimer la rente par décision du 14 septembre 2009 avec effet rétroactif au 1^{er} février 2008 et de réclamer la restitution des rentes déjà versées du 1^{er} février au 30 avril 2008, et en particulier sur la capacité de travail de l'assurée et l'évolution de son état de santé.
5. a) La décision de suspension d'une rente constitue une mesure provisionnelle (ATF du 3 mars 2010, 9C_1016, consid. 1). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 528, n° 2.2.6.8, p. 272).

La demande de restitution de l'effet suspensif constitue une demande de mesures provisionnelles (Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 404). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406). On peut donc se référer aux principes légaux et jurisprudentiels en matière d'effet suspensif pour examiner la conformité au droit de la décision de suspension de la rente.

b) Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la présente loi ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). http://www.admin.ch/ch/f/rs/830_1/a55.html - fn1#fn1

Selon l'art. 56 PA, après le dépôt du recours, l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur peut prendre d'autres mesures provisionnelles, d'office ou sur requête d'une partie, pour maintenir intact un état de fait existant ou sauvegarder des intérêts menacés.

Les mesures provisionnelles ne sont légitimes, aux termes de la loi, que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF

119 V 506 consid. 3 et les références citées). Si la protection du droit ne peut exceptionnellement être réalisée autrement, il est possible d'anticiper sur le jugement au fond par une mesure provisoire, pour autant qu'une protection efficace du droit ne puisse être atteinte par la procédure ordinaire et que celle-ci produirait des effets absolument inadmissibles pour le requérant (ATF du 24 juin 2002 I 278/2002).

Une décision, qui suspend à titre provisoire une rente d'invalidité est une mesure provisionnelle (ATF du 3 mars 2010 9C 10616/2009; ATAS/1042/2010 du 14 octobre 2010). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 528, n° 2.2.6.8, p. 272). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406). On peut donc se référer aux principes légaux et jurisprudentiels en matière d'effet suspensif pour examiner la conformité au droit de la décision de suspension de la rente.

c) La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Par renvoi des art. 55 al. 1 LPGA et 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

L'art. 55 PA prévoit que le recours a effet suspensif (al. 1), et que sauf si elle porte sur une prestation pécuniaire, la décision de l'autorité inférieure peut prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif (al. 2). Conformément à l'art. 66 PA, si aucun intérêt public ou privé prépondérant ne s'y oppose, la juridiction de recours peut, sur la demande de la partie dont les intérêts sont gravement menacés, retirer ou restituer l'effet suspensif (al. 3). Est cependant réservé l'art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10), applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI, qui permet à la caisse de compensation de prévoir dans sa décision qu'un éventuel recours n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire.

L'entrée en vigueur de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence en matière de retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de restitution de l'effet suspensif (ATF du 20 avril 2005, I 196/05, consid. 4.3). Ainsi, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait

exceptionnelles qui justifient cette mesure (ATF du 26 octobre 2006, I 5400/06, consid. 2.2). Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires (ATF du 19 septembre 2006, I 439/06, consid. 2). En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF du 24 mai 2006, I 231/06, consid. 3.3). Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a).

S'agissant des intérêts en présence, notre Haute Cour admet que l'intérêt de l'administration est généralement prépondérant lorsque la situation financière de celui qui bénéficie de prestations ne lui permettrait pas de les restituer s'il s'avérait dans le jugement au fond qu'elles étaient perçues à tort (ATF du 14 novembre 2005, I 63/05, consid. 5.3; ATF 119 V 503, consid. 4; ATF 105 V 266, consid. 3).

d) Dans l'arrêt du 19 septembre 2006 (I 439/06), le TFA a considéré que, dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de l'assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'était pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y avait pas lieu d'admettre que selon toute vraisemblance elle l'emporterait dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouvait l'assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaissait généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il était en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentaient pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération. Les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine. Seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié.

e) Lorsqu'une décision de suppression d'une rente, sur révision ou reconsidération d'une décision d'octroi de rente ayant force de chose décidée, fait l'objet d'un recours

et que le Tribunal annule la décision et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, la suppression de la rente continue, car le retrait de l'effet suspensif accordé au recours dure jusqu'à la nouvelle décision de l'OAI selon le Tribunal Fédéral (ATF 129 V 370; 9C_162/2007).

6. En l'espèce, on relèvera à titre liminaire que l'OAI était dans l'obligation de verser à l'assurée, à fin mars 2009, les rentes dues de mai 2008 à fin mars 2009, dès lors que la première décision de suspension avait été annulée par arrêt du 10 mars 2009.

La seconde décision de suspension du 17 avril 2009 contestée dans le cadre de la présente cause prend effet dès le 1^{er} mai 2009 seulement. Jusqu'à la décision du 14 septembre 2009, le versement des rentes susmentionnées était exigible. Ensuite toutefois, l'OAI a retiré l'effet suspensif au recours contre la décision du 14 septembre 2009 supprimant la rente avec effet rétroactif au 1^{er} février 2008 et l'assurée n'a pas conclu à la restitution de l'effet suspensif. D'une part, il ne lui était alors plus possible d'obtenir le versement des rentes susmentionnées. D'autre part, dans l'hypothèse où elle avait sollicité la restitution de l'effet suspensif dans son recours du 15 octobre 2009, celle-ci aurait été refusée par la Cour de céans en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral, dès lors qu'il appartenait à l'assurée de démontrer que les chances de succès de son recours étaient suffisamment importantes pour limiter le risque de recouvrement. Or, lors de la décision du 14 septembre 2009, les pièces du dossier, en particulier le rapport de l'enquêteur mandaté par la NATIONALE ASSURANCE ne permettaient pas de l'admettre. Il faut en effet, pour restituer l'effet suspensif, que les chances de succès de l'assurée présentent un degré de certitude suffisant.

Pour les mêmes motifs, le recours contre la décision de suspension de la rente du 17 avril 2009 aurait été rejeté si, à défaut de jonction des causes, il avait été statué sur ce recours séparément des causes au fond concernant les décisions de suppression et de restitution, tant il est vrai que l'OAI, auquel incombe l'apport de la preuve dans ce cadre-là, démontrait lors de la décision incidente qu'il ressortait des éléments déjà recueillis, avec un degré de certitude suffisant, que la suppression de la rente se justifiait.

C'est pour ces motifs que la Cour a maintenu la jonction des causes jusqu'à l'issue de l'instruction de l'affaire au fond.

7. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

L'al. 2 de cette disposition précise que 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.

c) En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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

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

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

9. a) Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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.

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

b) Selon l'art. 77 RAI, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

c) 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

10. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

- b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une 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 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes,

2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

11. En l'espèce, la Cour de céans estime que l'expertise judiciaire du Dr S _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée et des tests particuliers effectués, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci et ses conclusions sont bien motivées et claires. En particulier, l'expert confirme l'existence d'un trouble de la personnalité lié aux traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence et préexistant à la dépression survenue en 2003 suite au licenciement et qui explique l'évolution clinique défavorable, en se fondant sur l'anamnèse personnelle particulièrement troublée de l'assurée, l'examen clinique mais aussi les résultats de tests spécifiques effectués. Le fait que ce diagnostic n'ait pas été retenu par la Dresse M _____, dans son expertise de 2004, mais seulement esquissé (fragilité de la personnalité de l'expertisée) ne l'invalide pas. En effet, La Dresse M _____ retenait alors déjà, tout comme le Dr S _____, un trouble dépressif sévère, qui est confirmé par l'observation et l'évaluation psychométrique. La persistance de cette dépression au gré des années, sans rémission malgré un traitement psychiatrique adéquat, s'explique notamment par le trouble de la personnalité que la Dresse M _____ a ainsi retenu dans le cadre de l'expertise complémentaire faite en août 2008 (trouble mixte de la personnalité). Il s'avère en outre que le psychiatre traitant de l'assurée a également posé ce diagnostic, après plusieurs années de suivi, et que ses explications sont particulièrement circonstanciées, s'agissant de l'existence ancienne de ce trouble, même s'il ne s'est clairement manifesté que tardivement. Par ailleurs, le fait que l'expertise ait lieu début 2011 n'est pas déterminant, le rôle de l'expert étant en particulier d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps. Or, contrairement à l'avis du SMR, rien ne permet de retenir que l'état dépressif constaté n'était pas présent lors de la notification de la décision, puisqu'il ressort tant de l'avis du psychiatre traitant que de l'expertise de la Dresse M _____ qu'il est présent, sans rémission, depuis 2003.

Par contre, l'expertise du Dr N _____ n'emporte pas la conviction de la Cour. Son rapport ne tient pas compte du tout des plaintes de la patiente, qui ne sont même pas citées. Sa conclusion visant à exclure tout trouble psychiatrique n'est pas motivée, et l'expert n'explique pas pour quels motifs il s'écarte - concrètement - de l'avis du psychiatre traitant de l'assurée, se contentant d'explications théoriques et de définitions des divers diagnostics possibles. En particulier, sa négation de tout trouble de la personnalité est battue en brèche par les précisions du Dr

L_____ et, après avoir à juste titre exclu le trouble de l'adaptation six ans après le licenciement, il n'examine pas sérieusement si les symptômes de la patiente pourraient correspondre à un autre trouble de la lignée dépressive. De façon générale, ce rapport est peu clair, les nombreux points d'interrogation qu'il contient font douter de la conviction de son auteur et il n'a ainsi pas de valeur probante.

La persistance du SMR à suivre l'expertise du Dr N_____ et à contester la valeur probante de celle du Dr S_____ n'est à ces égards pas motivée. Le SMR reprend l'avis du Dr N_____ quant à l'absence de tout trouble de la personnalité sans se prononcer sur les explications divergentes pourtant données par les autres psychiatres.

Ainsi, il faut admettre que l'assurée souffre de troubles psychiatriques sous la forme des troubles dépressifs et de la personnalité majeurs tels que définis par l'expert. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert (même si elles ne sont pas décrites dans un paragraphe spécifique) sont similaires à celles mentionnées par les Drs L_____ et M_____, soit des troubles de la concentration et de la mémoire, crises d'angoisse et d'agitation, troubles du sommeil. Les tests effectués confirment une forte impulsivité, une tendance marquée à l'anxiété, à l'obstination et à l'entêtement. L'employeur de l'assurée a confirmé que celle-ci pleure fréquemment, est stressée, angoissée et fait des erreurs en recopiant les devis. L'expert indique ainsi que l'effet conjugué des deux pathologies diminue de façon importante la capacité de travail de l'assurée, qui est de 30% avec un rendement de 50% et ne peut être exploitée que dans un milieu professionnel peu stressant et peu exigeant en termes de rendement. Cette évaluation de la capacité de travail tient certainement aussi compte de ce que l'assurée décrit, mais elle est justifiée médicalement de façon convaincante par l'expert, eu égard à la sévérité des troubles constatés, et leur persistance malgré le suivi médical soutenu et régulier. Au demeurant, le fait de promener son chien à l'aube et après le coucher du soleil (pour éviter de croiser des gens) et de se rendre au centre commercial de Balxert (où se trouve le cabinet de son médecin) pour y boire un café, ne sont pas des activités qui dénotent d'une vie sociale "complète", entourée de nombreux amis, comme le prétend l'OAI, de sorte que la réalité de la vie de l'assurée n'est pas en contradiction avec les constatations de l'expert. De même, les troubles du sommeil décrits expliquent le lever matinal de l'assurée, sans que l'on puisse en déduire une amélioration de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain de l'assurée.

12. S'agissant de l'activité professionnelle effectivement exercée par l'assurée, la comparaison des diverses pièces et témoignages peut laisser croire que l'assurée travaille en réalité à 50% dans l'entreprise X_____ depuis début 2006 déjà. C'est en effet ce qui ressort, d'une part, du procès-verbal d'audition de la NATIONALE SUISSE et pourrait être déduit, d'autre part, des extraits de comptes AVS de l'entreprise, montrant que celle-ci n'a pas employé de secrétaire entre

septembre 2005 (départ de _____. engagée à mi temps) et fin 2007 (arrivée de l'assurée) et du rapport du détective privé mandaté.

Toutefois, en premier lieu, l'assurée est constante dans ses déclarations s'agissant du début de son activité (novembre 2007 pour essayer et janvier 2008 de façon fixe) et de son taux d'occupation (8 heures par semaine, soit 1 heure 45 le lundi et 3 heures 15 les mercredi et vendredi). Bien que l'inspecteur de la NATIONALE ASSURANCES conteste avoir exercé une quelconque pression sur l'assurée lors de l'entretien du 7 avril 2008, il admet que celle-ci pleurait et était en colère. La Cour a eu l'occasion de constater, lors des audiences, que l'assurée perd assez vite son assurance, et confond les dates et manque de précision quant aux événements lorsqu'on la presse de questions, laissant entendre que l'on doute de ses dires. Il est ainsi possible que l'assurée ait admis le 7 avril 2008 travailler tous les matins depuis 2006 et ce, contrairement à la réalité, en raison de la pression ressentie subjectivement.

En deuxième lieu, le rapport d'enquête du 22 février 2008 indique une surveillance entre le 30 janvier et le 22 février, mais constate la présence de l'assurée dans les locaux de l'entreprise uniquement les matins des mercredi 6 février, jeudi 7 février, vendredi 8 février (on la voit travailler à l'écran), mardi 12 février (elle déambule dans les bureaux), mercredi 13 février (elle prend un téléphone), jeudi 14 février (elle est occupée dans le bureau), lundi 18 février (idem) et vendredi 22 février (l'assurée va et vient entre son domicile et le bureau). Certes, l'assurée est présente d'autres jours que les lundi, mercredi et vendredi, mais elle a expliqué, d'une part, qu'elle se rendait aussi au bureau pour s'installer au début de son emploi et régulièrement ensuite pour y prendre un café et sans y travailler. D'autre part, l'enquête ne démontre pas que l'assurée serait présente et travaillerait plus que trois matins par semaine dans l'entreprise.

En troisième lieu, le patron de l'entreprise a également toujours été constant et convaincant lors de ses deux auditions par la Cour. Il a ainsi confirmé, après avoir été dûment informé des risques pénaux d'un faux témoignage, que l'assurée avait commencé son activité fin 2007 seulement. Les explications complémentaires données quant à l'absence de secrétaire entre septembre 2005 et fin 2007 et l'organisation mise en place sont parfaitement plausibles. Il confirme aussi que l'assurée travaille environ 8 heures par semaine, mais vient parfois à l'entreprise sans y travailler, simplement pour ne pas être seule.

De même, le type d'activité confié à l'assurée et sa qualité, prouvés par pièce (devis à dactylographier) et par les témoignages recueillis, sont corroborés par l'expertise psychiatrique effectuée. L'assurée fait de nombreuses erreurs, malgré la simplicité du travail à faire et, selon son état psychique, est incapable d'y faire face, ne vient pas au bureau ou il faut la ménager. Bien que son engagement réponde à un besoin de l'entreprise, l'assurée n'a manifestement ni les compétences, ni le rendement

d'une secrétaire confirmée. On comprend d'ailleurs des explications de l'employeur que l'engagement de l'assurée a tout autant pour finalité de permettre à celle-ci de se changer les idées, de se sentir utile et de ne pas déprimer, seule à la maison. Cette vertu est confirmée par le psychiatre traitant.

Ainsi, la Cour retient qu'il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée a débuté son activité de secrétariat en novembre 2007 à l'essai, a été engagée pour 8 heures d'activité dès le 1^{er} janvier 2008, qu'elle est en mesure d'exercer cette activité simple, sans exigence de rendement pour le compte d'un patron particulièrement bienveillant. En d'autres termes, sa capacité de travail très limitée attestée médicalement n'est pas contredite par la réalité de l'activité effectivement déployée. En particulier, l'assurée n'est capable ni de travailler plus que les quelques heures faites, ni avec un rendement quantitatif et qualitatif usuellement exigible, avec un stress professionnel ordinaire ainsi qu'un horaire fixe et contraignant. Finalement, la Cour est convaincue par l'audition de l'assurée, des témoins, et par les rapports médicaux produits que ce travail a les caractéristiques d'un emploi social, au même titre que l'occupation à temps partiel d'invalides au sein d'associations ou d'établissements publics, et qu'il faut ainsi encourager cette activité dans l'intérêt médical de l'assurée, de la société et, saluer l'initiative et la persistance de cet employeur, qui pourrait vraisemblablement se passer des services de l'assurée.

13. Ainsi, le recours est admis, les décisions des 19 avril 2009, 14 septembre 2009 et 8 octobre 2009 sont annulées et il est dit que la recourante a droit au maintien et au paiement de sa rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} février 2008.
14. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 3'500 fr. en faveur de la recourante, au vu du nombre d'actes de recours, d'audiences et d'écritures complémentaires.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule les décisions des 19 avril 2009, 14 septembre 2009 et 8 octobre 2009 et dit que la recourante a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} février 2008.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
4. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 3'500 fr en faveur de la recourante.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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