REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2150/2006 **ATAS/973/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 11 septembre 2007

En la cause

Madame R_____, domiciliée , 1205 GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après: l'assurée), ressortissante suisse née en 1964, a exercé l'activité de professeur privée de chant à domicile ainsi que de choriste complémentaire au Grand Théâtre de Genève jusqu'en février 1995.

2. A partir de 1994, elle a développé des douleurs laryngées associées à une fatigue.

   A ces symptômes se sont ajoutés des troubles du sommeil, des céphalées et d'importants malaises avec hypotension artérielle de sorte qu'une incapacité de travail entière lui a été reconnue dès le 20 février 1995.

   Elle a consulté le 14 novembre 1995, le Dr A_____, phoniatre à Lyon, qui n'a pu expliquer ses symptômes et le 12 décembre 1995 la Dresse B_____, oto-rhino-laryngiste, qui a constaté une fatigue vocale, une hypotonicité vocale ainsi qu'une voix essoufflée et éraillée.

   Malgré des soins orthophoniques de plusieurs mois, la fatigue vocale et les douleurs laryngées ont persisté.

3. L'assurée a déposé le 5 décembre 1996 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL D'INVALIDITE (ci-après: OCAI).

4. Dans un rapport du 10 avril 1997, le Dr C_____, généraliste et médecin traitant, a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 100% du 20 février 1995 au 19 mai 1996, de 50% du 20 mai 1996 au 19 novembre 1996 et, à nouveau de 100% dès le 20 novembre 1996. Il a diagnostiqué une aphonie douloureuse chronique, un rhume des foins et des cervico-lombalgies probablement tensionnelles. Compte tenu de ces atteintes, il a jugé l'assurée inapte à exercer toute activité nécessitant l'utilisation de sa voix. Il a émis l'opinion qu'après consultation de plusieurs spécialistes ORL, une rééducation orthophonique et de multiples thérapies annexes ou alternatives, une solution thérapeutique était difficile à envisager. Il a considéré par ailleurs que l'assurée était psychologiquement équilibrée.

5. En juillet 1997, l'assurée a consulté le Dr D_____, docteur en psychologie et logopédiste. Ce dernier a retenu une dysphonie comportant des éléments psychodynamiques. Selon ce logopédiste, les troubles de la voix avaient été déclenchés par l'anxiété. Depuis, tout le système respiratoire était concerné, ce qui expliquerait également les névralgies et les céphalées.

6. Le rapport du 2 décembre 1997 établi par la Dresse E_____, médecin généraliste a fait état d'une atteinte à la santé depuis avril 1995. Ce médecin a jugé l'état de santé stationnaire, précisant qu'un traitement logopédique avait été effectué

sans succès. Elle s'est pour le surplus estimée incapable de se prononcer sur la capacité de travail.

7. Dans son rapport du 17 septembre 1998, le Dr F_____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne, mentionne que l'origine de l'aphonie ne pouvait être déterminée. Il a posé comme diagnostics une dysphonie spasmodique ainsi qu'une personnalité dépendante avec des traits dépressifs dus à sa situation personnelle.

8. Il ressort du rapport du 14 novembre 1998 de ce même médecin que l'assurée souffrait de névralgies au niveau des tempes et présentait des doses élevées de mercure dans les urines. A l'époque, elle était sous traitement anti-dépresseur.

9. Du 22 mars au 21 avril 1999, l'assurée a été hospitalisée au "établissement hospitalier" à Estavayer-le-Lac pour une anorexie ; l'assurée (177 cm) ne pesait alors plus que 40 kg. Dans ce contexte, l'aphonie a été considérée comme psychogène, notamment par le Dr G_____, spécialisé en logopédie.

10. En juin 1999, l'assurée a indiqué souhaiter enseigner dans une école pour malentendants. Elle a ajouté qu'elle ne travaillerait pas au-delà de 50% même si elle était en bonne santé.

11. Selon le rapport du 13 mars 2000 du Dr D_____, le traitement de voix entrepris depuis septembre 1999 avait produit quelques effets positifs, mais une grande fatigabilité vocale persistait. Ce médecin a estimé l'assurée incapable de reprendre une activité impliquant un usage vocal usuel, voire toute activité lucrative adaptée.

12. Suite à un entretien téléphonique avec le Dr F_____ du 22 mars 2000, le Dr H_____, médecin conseil de l'OCAI, a constaté que l'arrêt du travail était justifié par le trouble psychique avec ses conséquences somatiques (aphonie, anorexie).

13. Par décision du 2 juin 2000, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1er février 1996 au 31 juillet 1996, à une demi-rente du 1er août 1996 au 31 janvier 1997 et, enfin, à nouveau à une rente entière dès le 1er février 1997, une révision de son droit étant d'ores et déjà prévue pour le 30 avril 2002.

14. Souffrant de douleurs dorsales depuis 2002, l'assurée a consulté le Dr I_____, médecin généraliste, qui lui a prescrit des antalgiques et des myorelaxants. Elle a également eu recours à un ostéopathe et à des massages.

15. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 28 janvier 2003, l'assurée a déclaré que son état de santé était stationnaire et qu'une reprise d'activité n'avait pas été envisageable depuis l'octroi de sa rente.

16. Dans son rapport du 8 février 2003, le Dr F_____ retient un état globalement stable, un traitement antidépresseur, hypnotique et anti-migraineux. Ce médecin a considéré qu'un retour au travail ultérieurement n'était pas possible.

17. Par courrier du 31 mars 2003, le Dr F_____ a informé le Dr H_____ que l'assurée avait eu un suivi spécialisé auprès du Dr D_____ en 1997 et de 1999 à 2000. Ce suivi avait contribué à la stabilisation de l'état de santé de l'assurée. Une psychothérapie habituelle ne pouvait être mise en place du fait de l'aphonie fluctuante. En outre, le poids de l'assurée avait passé de 40 kg en 1999 à 53 kg en 2003. L'acné et l'aménorrhée secondaire étaient traités par le Dr J_____, gynécologue -obstétricien, au moyen d'un traitement contraceptif.

18. Mandaté par l'OCAI, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapeute, a consigné son avis dans un rapport d'expertise du 31 mai 2003. Il a considéré que l'assurée ne présentait aucune affection psychiatrique clairement caractérisée correspondant à l'une des catégories cliniques de la CIM-10. Selon lui, les troubles de la voix ne justifiaient pas l'impossibilité d'une activité professionnelle adaptée. En revanche, l'insomnie, les céphalées ainsi que les douleurs dorsales méritaient d'être investiguées. Si des ajustements thérapeutiques se révélaient indispensables, l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, sa capacité de travail, pourraient être améliorés. Le dosage urinaire de mercure devait être contrôlé. De l'avis de l'expert, pour autant que des limitations fonctionnelles existent, elles sont de nature exclusivement somatique. Une activité où la voix n'est pas indispensable est possible.

19. Dans leur rapport d'examen clinique orthopédique et psychiatrique du 26 septembre 2005, la Dresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du service médical régional AI du Léman (SMR), ont fait état de céphalées intenses quotidiennes, d'une dysphonie, d'une tendance aux mycoses ainsi que d'une aménorrhée traitée avec un contraceptif. Un status général, ostéoarticulaire et psychiatrique de l'assurée a été établi. Les diagnostics de lombosciatalgies irritatives chroniques à droite, d'une hernie discale L5-S1 droite (code M51.1), d'une dysphonie sans substrat organique démontré et d'une tendinopathie sans rupture du sous-épineux à l'épaule droite ont été posés. Ces atteintes se répercutaient sur la capacité de travail contrairement aux hallux valgus asymptomatique à gauche, hallux rigidus asymptomatique à droite et enfin, une personnalité avec traits immatures, manipulatoires et histrioniques (F61.0). Selon ces médecins, l'assurée pouvait exercer un travail sédentaire ou semi- sédentaire dans laquelle la position assise devait pouvoir être alternée avec la position debout

à sa convenance. Le port d'objets lourds (+ 5 kg) ainsi que les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit devaient être évités.

Ils ont émis l'opinion que les dorsalgies - exagérées par l'assurée - n'étaient finalement que peu symptomatiques et qu'elles pouvaient être épargnées par des limitations fonctionnelles au vu de la formation professionnelle de l'assurée. De manière générale, le comportement et le mode relationnel particulier de l'assurée, qualifié "d'attitude manipulatrice", n'était pas constitutif d'une maladie invalidante. Par conséquent, depuis le 31 mai 2003, date du rapport du Dr K_____, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au point que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière. De surcroît, selon les médecins, la faiblesse de la voix n'était qu'alléguée; sa voix était "par ailleurs tout à fait normale". En définitive, malgré le diagnostic clair de dysphonie, ces médecins lui ont reconnu une capacité de travail totale depuis le 31 mai 2003, ce tant dans son activité habituelle (comme diplômée du conservatoire de musique et de théâtre) que dans une activité adaptée.

20. Dans un avis du 13 décembre 2005, le Dr O_____, médecin du SMR, a rappelé que l'assurée bénéficiait d'une rente entière depuis 1996 et qu'une procédure de révision avait été initiée en 2003. Il a signalé que, de l'avis du médecin traitant, l'état de santé était stationnaire. Il a en outre relevé que le Dr K_____ avait conclu à l'absence d'une pathologie psychiatrique et à la présence de limitations fonctionnelles exclusivement somatiques. A cet égard, un trouble neurologique ou syndrome lombo-vertébral ne pouvait être décelé, mais la tendinopathie du sous-épineux droit était fonctionnellement limitative. Pour sa part, le psychiatre du SMR (la Dresse P_____) avait avalisé les conclusions du Dr K_____ en ce qu'il avait écarté toute maladie psychique invalidante. S'agissant de la capacité de travail, elle était entièrement exigible notamment parce qu'il existait une large palette d'activités professionnelles, nécessitant peu, voire pas, l'usage de la voix.

21. Par décision du 9 janvier 2006, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité, motif pris que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 31 mai 2003.

22. Par courrier du 16 janvier 2006, l'assurée a formé opposition. Elle fait valoir que la décision de suppression de rente se fonde sur les conclusions des Drs L_____ et M_____, d'une part, et sur l'exigibilité d'une capacité de travail totale dans son activité habituelle, d'autre part. Or, elle rappelle que cette activité consistait en des cours de chants et de flûte, ce qui ne pouvait plus être exigible compte tenu de son atteinte vocale. Elle souligne qu'aucun spécialiste de la voix n'a été consulté dans le cadre de l'examen entrepris par les médecins du SMR, raison pour laquelle elle demande un délai pour produire un rapport de spécialiste.

23. L'assurée a complété son opposition le 15 mars 2006. Elle conteste les conclusions du rapport des Drs L_____ et M_____ en ce qu'ils ont écarté toute maladie psychiatrique invalidante. Elle se prévaut des critiques que le

Dr D_____, spécialiste de la voix, avait émises à l'encontre des deux rapports d'expertise. Elle estime que les experts ont ignoré ses antécédents psychiatriques familiaux (sœur souffrant depuis son enfance d'un état dépressif chronique, sa tante maniaco-dépressive), l'effet désangoissant que lui procurait son activité habituelle, l'effet protecteur qu'avait son mari dont elle s'était séparée, ses crises d'anorexie et, enfin, sa perte de voix. Selon l'assurée, son état de santé ne s'était pas amélioré car elle souffrait toujours de troubles psychologiques et de la voix. Compte tenu de son atteinte vocale, on ne pouvait pas retenir une pleine capacité de travail dans son ancienne activité de professeur de chant et de flûte traversière. Au surplus, selon son médecin traitant, dont elle produit un avis, son incapacité de travail est totale, toutes activités confondues.

24. Par décision sur opposition du 15 mai 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de suppression de rente. L'administration a rappelé que l'assurée avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison d'un trouble psychique (TOC avec un défaut de structure), d'une anorexie mentale et d'une angoisse très importante. La révision du droit à cette rente avait été entreprise en 2003. Dans ce cadre, deux expertises avaient été ordonnées. Celle du 3 mai 2003 du Dr K_____, avait reconnu ses troubles vocaux mais retenu que l'assurée n'était ni aphone ni anarthrique ni encore aphasique. Cet expert avait en outre conclu à l'absence d'affections psychiatriques caractérisées. A son avis, aucun trouble psychique ne pouvait légitimer une incapacité de travail. En revanche, la symptomatologie somatique méritait d'être investiguée. Le rapport du SMR du 16 septembre 2003 avait comporté un examen bi - disciplinaire. L'absence d'atteinte psychiatrique avait été confirmée alors que des limitations fonctionnelles physiques avaient été mises en évidence. Au vu de ces éléments, l'administration a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré ne justifiant plus l'octroi d'une rente. Selon ces deux rapports, l'assurée ne présentait plus d'atteinte ni physique ni psychique. Etant donné qu'il fallait leur reconnaître pleine valeur probante, il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise médicale complémentaire.

25. Le 14 juin 2006, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle conteste principalement les conclusions des deux expertises et se prévaut de quatre avis médicaux. Selon le Dr D_____, logopédiste, même si la recourante ne souffre pas d'une maladie invalidante qui ressortit de la nomenclature consacrée, on doit lui reconnaître une limitation au niveau psychique équivalent à une maladie et qui l'empêche de poursuivre une activité lucrative quelle qu'elle soit. Selon le Dr F_____, médecin traitant, l'expertise du Dr K_____ et l'avis des médecins SMR ne reflètent absolument pas l'anamnèse et l'état de santé de la recourante. Compte tenu de ses handicaps au niveau psychique notamment, ce médecin considère la recourante totalement incapable de poursuivre une activité lucrative. Pour le Dr Q_____, psychiatre, auquel le dossier médical de la recourante a été soumis et qui a examiné cette dernière, un bilan psychiatrique approfondi était nécessaire. Enfin, le DR R_____, psychiatre, a posé

différents diagnostics : trouble dépressif récurrent en rémission partielle (F33.4); trouble obsessionnel compulsif avec pauvre insight (F 300.3) et trouble de conversion (F 300.11).

En substance, la recourante fait valoir qu'on ne peut lui reconnaître une capacité de travail dans son ancienne activité de professeur de chant et de flûte traversière ni dans quelque activité que ce soit. Elle estime que ses atteintes n'ont été appréciées ni par un médecin indépendant ni par des spécialistes de la voix et sont, en conséquence, restées méconnues.

Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement, à une mission d'expertise psychiatrique, et, principalement, au maintien de sa rente entière d'invalidité fondée sur une incapacité totale de travail.

26. Dans sa réponse du 19 juillet 2006, l'OCAI a maintenu sa position en annexant copie de l'avis des Drs O_____ et S_____, du SMR, du 11 juillet 2006. Selon ce document, les diagnostics posés par le Dr R_____ ne sont pas répertoriés dans la CIM-10 (trouble obsessionnel compulsif avec pauvre insight F300.3) ou pas suffisamment caractérisés pour être reconnus comme invalidants, tel qu'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère. Au surplus, les critiques formulées par le Dr F_____ se devaient d'être nuancées car elles concernaient principalement l'anamnèse et émanaient du médecin traitant, généralement enclin à prendre parti pour son patient.

27. Ces documents ont été transmis à la recourante qui a renoncé à répliquer.

28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. A ch. 2 LOJ, le tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, s'agissant du maintien d'une rente d'invalidité.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

En l'espèce, les faits déterminants remontent à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 15 mai 2006 et que la recourante l'a reçue le 17 mai 2006, le recours déposé le 14 juin 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et délai légaux, il est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Dans sa décision sur opposition du 15 mai 2006, confirmant sa décision du 9 janvier 2006, l'intimé a supprimé le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 31 mai 2003. Le litige porte ainsi préalablement sur l'exigibilité d'une expertise médicale complémentaire et, principalement, sur la révision du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

5. La décision litigieuse a été rendue postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 17 LPGA est donc applicable. Les principes jurisprudentiels développés en matière de révision de rente sous le régime de l'ancien art. 41 LAI demeurent cependant applicables (ATF 130 V 349 ss consid. 3.5).

6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important

(ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

7. A l'époque de la décision initiale d'octroi de rente, la recourante présentait un trouble psychique (TOC avec un défaut de structure), une anorexie mentale et une angoisse très importante, entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité (avis des Dr G_____, H_____, D_____ et F_____). Elle subissait alors une invalidité de 100 %.

8. Dans son rapport du 3 mai 2003, le Dr K_____ a considéré que la recourante ne présentait pas d'affection psychiatrique clairement caractérisée correspondant à l'une des catégories cliniques de la CIM-10. Il a en revanche proposé d'investiguer l'insomnie, les céphalées ainsi que les douleurs dorsales. De l'avis de l'expert, pour autant que des limitations fonctionnelles existent, elles sont de nature exclusivement somatique. Selon lui, une activité où la voix n'est pas indispensable est possible.

   Ces conclusions ne sauraient être mises en doute en tant que telles. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Son rapport se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Dans ces circonstances, le rapport précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. Dans leur rapport du 26 septembre 2005, les médecins du SMR ont diagnostiqué une dysphonie sans substrat organique, une hernie discale et une tendinopathie du sous-épineux droit. Ils relèvent que l'assurée est limitée dans le port de charges de plus de 5 kg et les mouvements au-dessus de l'horizontale avec son membre

supérieur droit. Ils préconisent un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec position assise-debout alternée. Tout comme le Dr K_____, ils n'ont en revanche pas retenu d'atteinte psychiatrique caractérisée.

Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions des médecins du SMR du seul fait que les médecins consultés soient liés à l'assureur par des relations de service. Ce seul motif ne permet en effet pas de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de leur part. Il faut des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation (ATF 123 175; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193, VSI 6/1997 314 consid. 3d). En l'occurrence, bien que n'étant pas une expertise à proprement parler émanant de spécialistes neutres, ce rapport répond formellement aux exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Dans l'ensemble, les points litigieux (dysphonie, tendinopathie et hernie discale), ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde en outre sur des examens complets ainsi que bi-disciplinaires et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont motivées.

10. Certes les conclusions des expertises sont-elles divergentes, en ce qui concerne les répercussions des atteintes de la santé sur la capacité de travail. Le Dr K_____ a en effet estimé que la dysphonie limitait fonctionnellement l'assurée entraînant ainsi une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de professeur de chant et de flûte traversière, alors que les médecins du SMR concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes médecins s'écartent des conclusions du Dr K_____, au motif que la dysphonie prend place dans le contexte d'une personnalité manipulatrice. Selon ces médecins, la hernie discale et la tendinopathie ne conduisent à aucune limitation fonctionnelle pour une assurée d'un tel niveau de formation.

    Il y a toutefois lieu de retenir que les médecins du SMR rejoignent les conclusions du Dr K_____ quant à l'état de santé de la recourante : au plan psychique celui-ci s'est amélioré depuis l'octroi initial de rente, dès lors que la recourante, dont la fragilité et la souffrance psychiques ne sauraient au demeurant être niées, n'endure plus une atteinte psychiatrique caractérisée. Certes, au plan physique, les atteintes (tendinopathie et hernie discale) dont l'assurée souffre aujourd'hui, n'existaient pas lors de l'octroi initial de la rente. Toutefois, aucun médecin ne leur reconnaît un caractère sévère, ce qui, d'ailleurs, n'est pas allégué par la recourante.

11. La recourante soutient quant à elle qu'elle est toujours atteinte d'une maladie psychiatrique invalidante et produit pour preuve différents avis médicaux. Il

convient dès lors d'examiner si ces documents sont propres à mettre en doute les conclusions du Dr K_____ d'une part, et des médecins du SMR, d'autre part.

12. a) Aux termes de l'avis du Dr F_____ du 3 mars 2006, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas notablement amélioré : "l'aphonie s'est un peu améliorée (sans récupération d'une capacité normale) avec un long suivi logopédique; l'anorexie s'est améliorée; le trouble anxieux et le trouble du sommeil restent importants et handicapants". Ces déclarations doivent d'abord être nuancées. Le Dr F_____ précise en effet que le BMI est passé de 13 à 21, 5, soit un indice qui correspondait à une anorexie sévère et qui, aujourd'hui, se situe dans les normes admises (20 à 24). Elles doivent en outre être complétées par celles consignées dans le courrier du 6 juin 2006 comportant une critique du rapport d'expertise du SMR. Il y fait grief aux médecins du SMR de n'avoir retenu qu'une anamnèse familiale incomplète et une anamnèse personnelle imprécise. Il reproche en outre aux mêmes médecins de ne pas avoir indiqué une nucléotomie percutanée L5-S1. L'aménorrhée n'aurait pas été mise en relation avec l'anorexie. Des imprécisions relatives aux traitements médicamenteux sont soulignées. Enfin, plus fondamentalement, il considère que les experts ont occulté des diagnostics importants, soit une personnalité dépendante, un isolement, voire un évitement social, une dépression sévère récurrente ainsi que des symptômes dépressifs encore présents malgré un traitement médicamenteux depuis deux ans.

    Pour un certain nombre d'entre elles, les critiques émises par le médecin traitant sont fondées. Il est incontesté que les imprécisions et lacunes - mineures - du rapport du SMR desservent l'assurée. Or, si ces critiques réajustent le tableau clinique complexe de la recourante, elles ne sont pour autant pas propres à remettre sérieusement en cause les conclusions relatives à l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante. On rappellera que le Dr F_____ n'est pas psychiatre, contrairement aux Drs K_____ et P_____, lesquels sont de ce fait davantage légitimés à poser des diagnostics psychiatriques. De plus, les diagnostics psychiques sont formulés par le médecin traitant. Or celui-ci, selon la jurisprudence, 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 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références; ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

    b) Selon le Dr Q_____, psychiatre, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent - en rémission partielle. Il considère que le trouble de conversion - qui relève des troubles répertoriés dans le CIM-10 - se manifeste par le trouble de la voix. Il l'associe d'ailleurs à un évènement qui remonte à 1994 sans en discuter l'évolution et, par conséquent, son amélioration. Enfin, aux dires mêmes de ce psychiatre, le trouble obsessionnel est plus difficile à diagnostiquer; il n'est, de surcroît, pas reconnu par la recourante.

Force est de constater que, compte tenu de ce qui précède, ce document n'apporte pas d'autre élément sauf celui tendant à corroborer une amélioration de l'état de santé de la recourante (rémission partielle; trouble de conversion dont l'évolution n'est pas discutée; TOC difficile à diagnostiquer et dont les effets eux-mêmes ne semblent pas particulièrement gêner la recourante).

c) S'agissant d'une pathologie psychique invalidante, le rapport du Dr R_____ ne lui est d'aucun secours non plus. Ce médecin s'abstient en effet de poser un diagnostic d'une pathologie psychiatrique reconnue et se contente de conclure à la nécessité d'un nouveau bilan psychiatrique.

d) La recourante se réfère enfin à l'avis du Dr D_____ du 6 mars 2006 selon lequel, pour l'essentiel, si la recourante ne souffre pas d'un trouble psychique clairement identifiable selon les normes en vigueur, elle présente néanmoins une fragilisation psychique complexe équivalant à une maladie. Pour étayer son avis, il rappelle l'anamnèse (trouble de la conversion, anorexie et dysphonie) ou encore des rapports d'experts qui remontent à l'époque de l'octroi initial de la rente (Dr T_____) et affirme que l'état de la recourante ne s'est pas amélioré depuis.

Ces déclarations ne sauraient toutefois l'emporter, dès lors qu'elles émanent d'un médecin qui a suivi la recourante à plusieurs reprises pendant de longues périodes.

e) Au plan médical, il n'existe ainsi aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des rapports des 3 mai 2003 et 26 septembre 2005, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. C'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante ne souffre plus de maladie psychiatrique caractérisée, et l'on doit admettre que l'état de santé s'est globalement amélioré.

13. Force en conséquence est de constater que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées vu l'amélioration globale de l'état de santé intervenue depuis le 31 mai 2003 (l'anorexie est stabilisée et la dépression en voie de rémission).

14. Reste à déterminer si cette amélioration a influencé la capacité de travail et le cas échéant à quel taux.

Selon l'expert K_____, l'assurée souffre d'une dysphonie et est de ce fait incapable de travailler dans son activité habituelle de professeur de chant et de flûte traversière.

Les Drs L_____ et M_____ considèrent en revanche que sa capacité de travail est totale depuis le 31 mai 2003, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Ils ont en effet estimé que sa voix était "tout à fait normale".

Le Dr O_____ quant à lui partage implicitement l'avis de l'expert K_____ puisqu'il évalue la capacité de travail à 100%, au motif "qu'il existe une large palette d'activités professionnelles nécessitant peu, voire pas, l'usage de la voix" (cf. avis du 13 décembre 2005). Il considère en d'autres termes qu'elle ne peut plus exercer son activité habituelle de chanteuse.

Aussi y a-t-il lieu de constater que les médecins sont tous d'accord sur le diagnostic de dysphonie, mais pas sur le taux de la capacité de travail.

Il est vrai que ce diagnostic est sans substrat organique et ne peut être rattaché à aucune maladie psychiatrique. Il n'en est pas moins vrai que même les Drs L_____ et M_____, qui retiennent une capacité de travail entière dans l'activité usuelle, ont par ailleurs placé la dysphonie dans la catégorie des "diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail".

Cette contradiction, ajoutée aux conclusions des Dr K_____ et O_____, conduit le Tribunal de céans à retenir une incapacité totale de travail dans l'activité usuelle. Il y a, en revanche, lieu de souligner que rien ne s'oppose à ce que l'assurée puisse occuper un emploi dans le cadre d'une activité ne nécessitant pas l'usage de la voix, et respectant par ailleurs les limitations décrites par les médecins (port de charges, et alternance des positions assise et debout notamment).

Le Tribunal de céans constate à cet égard qu'aucune instruction n'a été menée quant à savoir quel type d'activité adaptée pourrait être envisagé et si des mesures de réadaptation professionnelle devraient être, le cas échéant, prises en charge.

Il y a par ailleurs lieu de rappeler que selon le Dr K_____, des investigations supplémentaires seraient nécessaires sur les céphalées et troubles du sommeil dont souffre l'assurée.

Il se justifie dès lors de considérer que le dossier n'est pas en état d'être jugé, d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

3. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

4. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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