

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2508/2007

ATAS/521/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 5 mai 2008**

En la cause

Madame J \_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître HUBER Anne-Laure

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs.**

---

### **EN FAIT**

1. Mme J\_\_\_\_\_, de nationalité suisse, mariée, sans enfants, est titulaire d'un CFC de courtpointière. Elle était domiciliée dans le canton de Neuchâtel.
2. Elle a obtenu un CFC de courtpointière, puis a travaillé en 1989 pour trois employeurs différents, ensuite comme ouvrière chez X\_\_\_\_\_ de 1989 à 1994 puis en 1995 pour Y\_\_\_\_\_ à Bienne. Du 2 septembre 1996 au 4 mars 1997 et du 26 août au 28 novembre 1997 elle a été engagée comme aide de crèche pour l'état de Neuchâtel dans le cadre d'un programme d'occupation et a effectué une mission de trois mois comme ouvrière (gain intermédiaire) entre février et mai 1998.
3. Le 13 décembre 1996, l'assurée a été heurtée, alors qu'elle circulait en motocyclette, par une voiture. Elle a souffert d'une commotion cérébrale et d'une fracture au processus transverse L1 gauche et intercondylienne du genou droit, de lésions du ligament croisé antérieur et d'un arrachement de la corne postérieure du ménisque interne. Elle a séjourné à l'hôpital Pontales à Neuchâtel du 13 au 26 décembre 1996. Le 26 février 1997, elle a subi une arthroscopie du genou droit. Le traitement a pris fin le 23 juin 1997.
4. Par la suite, plusieurs tentatives de reprise de travail ont échoué, dans le cadre de placement par le chômage ou pour des missions temporaires.
5. En 1999, après avoir divorcé de son premier mari, épousé en 1991, l'assurée s'est remariée.
6. Le 19 mai 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
7. Le 27 octobre 2000, la Dresse L\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée avait été victime d'une commotion cérébrale en 1996 entraînant de très importants troubles de la mémoire et une prise de poids handicapante avec œdèmes malléolaires, fatigue, douleurs lombo-sacrées au niveau des jambes en position assise et des gonalgies avec arthrose rétro-patellaire. L'assurée était en incapacité de travail totale depuis début 2000.
8. Le 14 février 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a examiné l'assurée à la demande de la Dresse L\_\_\_\_\_. Il relève que l'assurée avait progressivement pris du poids en raison de déboires sentimentaux liés à son premier mariage. Elle bénéficiait toujours d'un traitement antidépresseur. Elle était actuellement remariée. L'obésité était très importante, soit 142 kilos pour 1m55. Une intervention gastrique by-pass devrait être discutée.
9. Le 27 avril 2001, le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapie FMH, a attesté d'un état dépressif anxieux et d'une obésité massive invalidante. La mère de la patiente souffrait de maladie maniaco-dépressive et elle avait eu une première prise

de poids à l'âge de dix ans alors que sa mère était hospitalisée. Vu la grande obésité, une reprise de travail était impossible.

10. Le 9 mai 2001, l'assurée a subi une opération effectuée par le Dr M\_\_\_\_\_ de by-pass gastrique.
11. Le 19 juin 2001, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : l'OCAI de Neuchâtel) a rendu un projet d'acceptation d'une rente à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001.
12. Le 3 juillet 2001, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une obésité morbide avec BMI à 60 (149 kilos pour 1m55) et des dorso-lombalgies. La patiente avait bénéficié le 9 mai 2001 d'un gastric by-pass.
13. Par prononcé du 11 juillet 2001, l'OCAI de Neuchâtel a reconnu un droit à la rente à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001, avec une révision prévue le 31 décembre 2004.
14. Le 26 juin 2002, l'assurée a été opérée en raison d'une grosse éventration sur la cicatrice ombilicale à la suite d'un hématome postopératoire. Une abdominoplastie a également été pratiquée. Le Dr M\_\_\_\_\_ relève que la patiente a perdu 60 kilos, et qu'elle pèse 96 kilos.
15. Le 11 juillet 2002, le Dr M\_\_\_\_\_ a pratiqué une excision et drainage en raison d'une nécrose partielle du lambeau cutané caudal.
16. Le 1<sup>er</sup> février 2005, l'assurée s'est domiciliée à Genève.
17. Le 10 mai 2005, l'OCAI de Neuchâtel a transmis le dossier à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OCAI) en mentionnant que la révision n'avait pas encore été effectuée.
18. Le 9 juin 2005, l'assurée, après avoir divorcé de son second époux, s'est remariée avec M. J\_\_\_\_\_, de nationalité tunisienne.
19. L'OCAI a ouvert une procédure de révision et requis des renseignements de l'assurée. Celle-ci a indiqué le 15 juin 2005 que son état de santé était toujours le même.
20. Le 23 juin 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OCAI qu'il ne suivait plus l'assurée depuis une année.
21. Le 5 juillet 2005, la Dresse O\_\_\_\_\_, médecine générale, a déclaré qu'elle suivait l'assurée depuis mars 2005 et diagnostiqué un status post by-pass gastrique pour obésité morbide avec complications cicatricielles et un état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis 2000. L'état de santé était stationnaire, en voie d'amélioration. L'assurée avait développé des douleurs au niveau de la cicatrice abdominale et une anémie de malabsorption très importante.

22. Le 5 septembre 2005, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, a attesté de douleurs abdominales séquellaires après de multiples opérations abdominales et un état dépressif probable. Il suivait l'assurée depuis le 19 avril 2005. Les traitements de cicatrice étaient en voie de finalisation et la patiente devrait être opérée en raison d'une éventration.
23. Le 19 septembre 2005, le Dr Q\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé qu'il fallait revoir le dossier dans quatre à cinq mois.
24. Le 24 janvier 2006, la Dresse O\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI qu'elle ne suivait plus l'assurée depuis septembre 2005, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste médecine interne FMH, assurait le suivi.
25. Le 24 janvier 2006, le Dr P\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que l'assurée ne l'avait plus consulté depuis le 13 juillet 2005.
26. Le 20 février 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état anxio-dépressif et une obésité morbide opérée. Il suivait la patiente depuis le 8 novembre 2005. L'incapacité de travail était totale depuis 2001. Le pronostic était mauvais car l'état actuel était secondaire à une psychose infantile. Il l'avait adressée au Dr S\_\_\_\_\_. Celui-ci a indiqué à l'OCAI en mai 2006 qu'il n'avait vu la patiente que brièvement, laquelle venait soit en retard aux rendez-vous, soit ne s'y rendait pas.
27. Le 20 juin 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_ a estimé qu'il fallait ordonner une expertise globale de type COMAI.
28. Du 14 au 19 septembre 2006, l'assurée a séjourné dans le service de chirurgie plastique et reconstructive des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et subi le 15 septembre 2006 une abdominoplastie afin de corriger une plaque cicatricielle résultant de la complication. La patiente avait en effet perdu 86 kilos suite au by-pass gastrique et bénéficié d'une abdominoplastie, compliquée par une nécrose partielle du lambeau en 2002.
29. Le 28 novembre 2006, le Centre d'expertise médicale de Genève (CEM) a rendu un rapport d'expertise interdisciplinaire signé par les Drs T\_\_\_\_\_, médecin-chef, et U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, médecin-expert. L'expertise était fondée sur un entretien et un examen clinique du 26 juillet 2006 ainsi que sur des examens rhumatologique du 5 septembre 2006 effectué par le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie - médecine physique et rééducation et psychiatrique du 2 novembre 2006 effectué par le Dr W\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH.

L'assurée pesait 84 kilos pour 1 mètre 55. Du point de vue rhumatologique, elle se plaignait de douleurs lombaires et de gonalgies droites. Le Dr V\_\_\_\_\_ estime que l'assurée présente des lombalgies mécaniques sur troubles dégénératifs discrets

à modérés, ainsi qu'une gonalgie droite séquellaire à un accident de la circulation survenu en 1996 (séquelles de déchirure du ligament croisé antérieur et suture de la corne postérieure du ménisque interne). En ce qui concerne ces lombalgies, les douleurs restent modérées (EVA 5/10) et intermittentes, localisées dans la région médiane, sans irradiation dans les membres inférieurs, sans extension ni champ douloureux. A l'examen clinique la mobilité du rachis est bien conservée, avec reproduction des douleurs principalement lors du mouvement d'extension, ainsi que lors de la palpation inter-épineuse L3-L4, et dans une moindre mesure L4-L5 et L5-S1. Ces douleurs semblent dues à une surcharge des segments postérieurs (ligaments inter-épineux, facettes articulaires) et peuvent correspondre à un début de Baastrup au niveau L3-L4, ainsi qu'à une discopathie modérée L3-L4 avec pincement discal postérieur. A noter également la présence de coulée d'ossification au niveau du rachis dorsal évoquant principalement un dish plutôt qu'une condiloarthropathie. Dans l'ensemble, les constatations cliniques et radiologiques restent plutôt modérées et peuvent justifier au niveau professionnel des limitations fonctionnelles. Il s'agira principalement d'éviter des activités comprenant un port de charges modérées à lourds (plus de 10 à 15 kilos de façon répétitive), ainsi que toute position en porte-à-faux ou penchée en avant. Toutefois, dans toute activité légère ou sédentaire, il n'y a aucune limitation de la capacité de travail. S'agissant des douleurs au genou droit, la radiographie du genou montre une gonarthrose fémoro-tibiale interne, ainsi qu'une instabilité aux manœuvres ligamentaires, justifie des limitations fonctionnelles au niveau professionnel. Les limitations concernent principalement des activités professionnelles comportant des positions debout prolongées, ainsi que des marches prolongées (montées et descentes d'escalier répétitives) et des ports de charge avec accroupissement. Toutefois, dans une activité sédentaire ou de manutention légère, principalement en position assise, il n'y a aucune restriction de la capacité de travail.

Le Dr W \_\_\_\_\_ a effectué un examen psychiatrique le 2 novembre 2006 et diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne réactionnel F32.1 sans répercussion sur la capacité de travail. En 2004, l'assurée avait été agressée par son ex-mari. L'assurée présente une baisse de l'humeur avec une augmentation de la fatigabilité. Par contre, elle n'a pas de diminution de l'intérêt ni de plaisir (elle va faire du shopping, rencontre des personnes). Elle ne présente pas de difficulté de concentration ou de l'attention. Elle a des idées pessimistes quant à l'amélioration de son état de santé physique. Elle a des difficultés de sommeil. Cet épisode dépressif est réactionnel à l'agression qu'elle a subie en 2004 et au décès de son oncle trois semaines après cette agression, tous ceci associé à ses douleurs physiques. Elle a présenté à plusieurs reprises depuis l'âge de 26 ans plusieurs états dépressifs. Chaque épisode a été réactionnel à des événements de vie (divorce en 1994, problèmes postopératoire en 2001, agression en 2004). A chaque épisode, le trouble psychique correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses. Cette réaction est en grande mesure normale dans ce type de circonstance, par exemple l'humeur triste, le pessimisme et la morosité ainsi que les idées

d'échec. On peut relever qu'après chaque épisode, l'assurée a repris le cours de sa vie. Elle a repris une activité professionnelle, sans arriver à trouver un poste fixe en raison de la situation économique, et s'est remariée à deux reprises. Elle a gardé une vie sociale. Ceci montre que l'assurée ne présente pas de trouble de la personnalité et qu'elle a de bonnes capacités d'adaptation. L'état dépressif que présente actuellement l'assurée est en voie de s'amender grâce au traitement psychothérapeutique dont elle bénéficie. L'assurée présente également des séquelles d'un stress post-traumatique, sans symptôme intrusif. Elle a peur d'être à nouveau agressée par son ex-mari. Elle dit avoir peur d'aller dans le canton de Neuchâtel et d'aller dans la rue. Cependant, elle voit ses parents une fois par mois et elle se rend seule faire du shopping ou faire des ballades. Dans le cas de cette assurée, le pronostic est bon. Il n'y a pas de trouble de la personnalité qui fasse craindre une péjoration de sa santé mentale. Elle ne présente pas de trouble affectant ses capacités d'adaptation et de rendement. Sa baisse de l'élan vital n'est pas suffisante pour altérer ses capacités de persévérance et de motivation. Elle ne présente pas de baisse de la concentration. Elle ne présente pas de perte de l'estime d'elle-même. La capacité de travail était de 100 %, sans diminution de rendement, dans toute activité correspondant à son niveau de formation. L'état dépressif qu'avait présenté l'assurée en 2002 suite aux difficultés postopératoires s'était amendé. Elle avait de bonnes capacités d'adaptation.

Dans l'appréciation du cas, il est mentionné que l'assurée présente des lombalgies et gonalgies d'allure mécanique non seulement d'étiologie traumatique (fracture de L1 et déchirure au ligament du genou droit en 1996) mais aussi d'origine dégénérative vraisemblablement favorisée par une obésité de longue durée. Néanmoins, il a été constaté que la mobilité était conservée et que l'assurée peut même marcher d'un pas rapide. Compte tenu des lésions présentes, l'assurée devrait éviter des contraintes répétées des genoux (escaliers) et du dos (flexion-extension répétée). Elle devrait éviter de porter des charges au-delà de 10 kilos. Sur le plan abdominal, les examens de laboratoire et d'imagerie ont permis d'exclure une pathologie des organes internes. En dehors des cicatrices elles-mêmes qui peuvent provoquer un tiraillement, les douleurs abdominales dont se plaint l'assurée peuvent être en relation avec une fibrose ou éventuellement une adhérence. Les douleurs sont toutefois bien calmées avec des petites doses d'antalgiques et sont d'une intensité modérée qui lui permet malgré tout de vaquer à ses activités quotidiennes sans prendre de repos excessif. Elle a été peu algique lors de l'expertise et a pu effectuer tous les exercices demandés. Il faut dire que l'évaluation abdominale a été faite avant l'abdominoplastie dont l'assurée a bénéficié le 15 septembre 2006 et qui ne mentionne pas de complication. Sur le plan psychique, il y a plusieurs symptômes d'anxiété et d'insécurité. Néanmoins, l'assurée a fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation à travers ses différents emplois exercés, ses différents mariages et son changement de domicile. Elle a une facilité de contact et engage facilement la conversation. Le trouble dépressif ne constituait ainsi pas une limitation professionnelle. Par contre, il lui était conseillé de poursuivre le suivi psychiatrique

à but préventif et à but de soutien. Sur le plan cognitif, il n'y avait pas de trouble significatif. L'assurée est apte à une activité professionnelle dès le début 2006. Puisqu'elle n'a pas de grandes aptitudes intellectuelles, la profession sera plutôt manuelle. Les métiers exercés jusqu'à présent de courtépoinrière, ouvrière ou auxiliaire de crèche sont adaptés à sa santé. Elle a les capacités suffisantes pour suivre une éventuelle réadaptation. L'assurée était apte à effectuer un travail léger lui permettant de changer régulièrement de positions dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'appréciation ne rejoint pas les évaluations des médecins-traitants (généraliste et psychiatre) faisant valoir un état de santé stationnaire. Par rapport à la situation d'il y a cinq ans, il est à relever que l'assurée a pu réduire massivement son poids corporel et qu'ainsi, on ne peut plus parler d'une obésité handicapante. Sur le plan psychique, l'assurée s'est stabilisée et elle a toujours fait état de bonnes ressources psychiques en organisant sa vie à son propre gré.

30. Le 3 janvier 2007, le Dr Q \_\_\_\_\_ a relevé que, comme il y a eu une abdominoplastie le 15 septembre 2006, il faut prévoir une période d'incapacité de travail de 100 % de deux mois au plus (vu qu'il n'y a pas eu de complications). Sinon la capacité de travail est entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 dans un travail adapté (celui d'auxiliaire de crèche était à éviter car il faut souvent porter les enfants). Une réadaptation n'est pas nécessaire puisque l'assurée peut assumer les métiers de courtépoinrière ou d'ouvrière.
31. Le 12 avril 2007, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport concluant à la suppression de la rente et au refus de mesures professionnelles dès lors que l'assurée possède une capacité de travail dans les activités qu'elle occupait antérieurement.
32. Par projet de décision du 12 avril 2007, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée et retiré l'effet suspensif au recours, en se fondant sur le rapport d'expertise du CEM.
33. Le 10 mai 2007, l'assurée s'est opposée au projet de décision en mentionnant qu'elle n'avait pu poursuivre sa thérapie avec le Dr S \_\_\_\_\_ car l'assurance-maladie en refusait le remboursement. Elle n'avait plus la possibilité de prendre des médicaments ou de voir un médecin. Sa situation s'aggravait encore par la suppression de sa rente.
34. Par décision du 24 mai 2007, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et l'a déclarée exécutoire nonobstant recours.
35. Le 23 juin 2007, le Dr R \_\_\_\_\_, pour le compte de l'assurée, a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en mentionnant que l'assurée était dans l'incapacité d'obtenir un gain par un travail en raison d'un trouble du développement infantile ayant conduit à une obésité morbide. Elle n'avait pas pu, en raison de difficultés psychiques, gérer sa situation personnelle, de sorte que ses primes maladies n'avaient pas été payées et que le Dr

S\_\_\_\_\_ avait cessé ses consultations. Il demandait une expertise par un psychiatre désigné par l'OCAI et sollicitait la restitution de l'effet suspensif au recours.

36. Le 11 juillet 2007, l'OCAI a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif en soulignant qu'une expertise pluridisciplinaire avait conclu à la capacité de travail entière de la recourante et qu'il existait un risque pour l'administration de ne pas pouvoir recouvrer ses créances en cas de rétablissement de la rente d'invalidité.
37. Par arrêt incident du 26 juillet 2007, le Tribunal de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif au recours.
38. Le 8 août 2007, Me Anne-Laure HUBER s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée et le 31 août 2007 elle a complété le recours en requérant l'audition du Dr R\_\_\_\_\_.
39. Le 4 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que selon l'expertise du CEM et l'avis du SMR l'amélioration de l'état de santé de la recourante pouvait être clairement établie.
40. Le 15 octobre 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties ainsi que le Dr R\_\_\_\_\_ dans le cadre d'une audience de comparution personnelle et d'enquête.

Le Dr R\_\_\_\_\_ a déclaré :

"Je suis Mme J\_\_\_\_\_ depuis le 8 novembre 2005. Celle-ci n'avait plus de suivi médical depuis une année pour des raisons principalement financières. Nous avons communiqué par internet et je lui ai envoyé des ordonnances. De plus je l'ai vu récemment pour préparer cette audience. C'est une patiente dans une grande souffrance, qui a des troubles du comportement et une obésité morbide. Elle a pesé jusqu'à 150 kilos à l'âge de 30 ans. Elle a souffert d'une psychose infantile c'est-à-dire un trouble majeur du développement des émotions. Elle a été victime d'une maltraitance durant son enfance et d'une situation bloquée de la part de sa famille. Je précise que la maltraitance continu à l'heure actuelle de la part de ses parents, en particulier dans la relation avec sa mère. Son origine est déstructurante et elle n'a pas reçu d'autonomie. C'est une personne victime des sectes. Sa relation avec l'adulte l'a détruite, elle n'a pas pu trouver une situation apaisante durant l'enfance. Elle n'a jamais été encouragée ou reconnue mais détruite. Son image a été détruite par ses parents. Elle vit actuellement en dehors de la réalité, elle est une personne borderline. Le psychiatre chez qui je l'avais envoyé n'a pas pu assurer le suivi pour des raisons financières. Seul un psychologue du centre LAVI l'a suivi pendant la période du conflit avec son conjoint. Je n'arrive pas à reconnaître ma patiente lorsque je lis l'expertise du CEM du 28 novembre 2006. La conclusion de l'expertise du CEM est sans lien avec la réalité. Mme J\_\_\_\_\_ ne peut pas travailler du tout car elle ne peut avoir aucun lien social. Vous ne pouvez obtenir de

Mme J \_\_\_\_\_ aucun objectif dans le cadre d'un travail. Elle est totalement déstructurée et je ne vois pas ce que l'on pourrait lui faire faire. Sans l'assurance-invalidité elle finira sous un pont au mieux. Si j'apprends qu'elle s'occupe d'enfants je serai très choqué car cela me semble très dangereux pour les enfants. Lorsque j'ai vu Mme J \_\_\_\_\_ elle avait un tablier graisseux impressionnant descendant à mi-cuisses lequel a été opéré à l'hôpital de Genève et pris en charge par l'assurance de base, elle était dans un grand état de dégradation physique. Cependant la limitation de la capacité de travail est psychiatrique et non pas physique. L'obésité a débuté dans l'enfance. Elle avait un trouble compulsif alimentaire. L'origine du trouble psychiatrique est très précoce il n'y aucune chance de trouver la cause de ce trouble. La blessure initiale n'est pas claire. Les parents de la patiente sont maltraitants et eux-mêmes vraisemblablement maltraités, la mère présente un trouble majeur et a été hospitalisée à plusieurs reprises pour raisons psychiatriques, quant au père il a des problèmes religieux et une structure psychorigide. A titre d'exemple lorsque la mère va mal, la famille estime qu'elle est hantée par le démon et fait porter à Mme J \_\_\_\_\_ la responsabilité du trouble de la mère. C'est un de mes anciens collègues de SOS médecins qui a signé le rapport du CEM. Ce médecin est fâché avec moi. C'est la raison pour laquelle le rapport du CEM est bâclé. Il ne s'agit pas du psychiatre mais de l'autre médecin. Une nouvelle expertise psychiatrique est absolument nécessaire par un médecin indépendant. L'état de santé de Mme J \_\_\_\_\_ s'est amélioré en 2001 car elle a perdu 86 kilos et a été suivie à Neuchâtel par des psychiatres. Le suivi a dû se faire à domicile en raison de l'état de la patiente. Toutefois cette amélioration n'a jamais eu aucune incidence sur la capacité de travail de Mme J \_\_\_\_\_. En outre, dès son arrivée à Genève son état s'est à nouveau dégradé. Les fantômes du passé sont revenus et tout a été détruit. C'est une personne qui n'est pas construite ce qui fait que seul un moment de stabilité est possible. Le rapport d'expertise mentionne qu'il n'y a pas eu de maltraitance durant l'enfance. J'explique cela par le fait que la patiente a évité de parler de ce qui lui faisait trop mal, car elle vit la terreur de se retrouver dans un lieu de souffrance. Je précise que je n'ai pas été contacté par les experts du CEM avant qu'ils ne rendent leur expertise. Le tablier graisseux a été opéré le 15 septembre 2006. La patiente est sous antidépresseurs Efexor depuis 2005. Elle a toujours besoin d'antidépresseurs car elle a toujours été très mal. Elle a des insomnies importantes ainsi que des douleurs dans tous le corps. Elle est toujours fatiguée. Je pense qu'elle a une fibromyalgie et une dépression chronique récurrente avec atteinte somatique antérieure à la fibromyalgie. Je suis médecin généraliste mais en tant que patron de SOS médecins j'ai une expérience importante en matière de troubles psychiatriques. J'estime que si Mme J \_\_\_\_\_ comme vous me l'indiquez a travaillé cela a été une erreur de la part de son employeur de l'avoir engagé car pour ma part elle n'a pas de capacité de travail. Même si elle a pu exercer une activité un certain temps cela ne veut pas dire qu'elle puisse le faire encore".

La recourante a déclaré :

"J'ai terminé mon apprentissage de courtpointière mais je n'ai jamais exercé cette profession. J'ai travaillé chez X\_\_\_\_\_ durant cinq ans, je fabriquais des pièces de montre en série. J'ai travaillé deux fois six mois comme aide de crèche au sein de la même crèche au Landeron. Ce dernier emploi était dans le cadre du placement au chômage. L'OCPA paie les primes de mon assurance maladie Sanitas mais celle-ci ne me rembourse plus rien. Je paie moi-même mon antidépresseur. J'ai eu des problèmes d'arriérés de paiements de primes. Je ne peux pas être aidée par l'Hospice général car je suis en procédure de séparation. Je ne vis qu'avec un complément de l'OCPA de 360.- depuis le 2 juillet. Actuellement je vis chez mes parents, mon époux a gardé l'appartement à Genève. Cela se passe très mal avec mes parents. Je vis donc actuellement chez des amis. Je suis uniquement suivie par le Dr R\_\_\_\_\_. Je n'ai pas réussi à parler au Dr W\_\_\_\_\_ et celui-ci ne m'a même pas reçu pendant 45 minutes. Je maintiens donc ma demande d'expertise psychiatrique. J'ai indiqué à l'expert que j'étais suivie pas le Dr R\_\_\_\_\_ et que j'avais uniquement confiance en lui".

L'OCAI a estimé qu'une expertise complémentaire était inutile dès lors que l'assurée avait été vue par le Dr W\_\_\_\_\_.

41. Le 19 octobre 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ a observé que le Dr Florin RUDAREANU du SMR avait tenu un rôle d'expert pour une de ses patientes alors même qu'il était en litige économique et professionnel avec lui et qu'il constatait un manque de perception de la situation réelle de la recourante par ses collègues et craignait leur partialité.
42. Par ordonnance du 10 décembre 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr Gérald B\_\_\_\_\_, spécialiste psychiatre et psychothérapie.
43. Le 11 mars 2008, l'expert a rendu son rapport au bas duquel apparaît également le nom de M. Vincenzo B\_\_\_\_\_ "cand.méd."

Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 32.1) et de troubles mixtes de la personnalité, personnalité dépendante, anxieuse (évitante) et émotionnellement labile, F 61.0.

Le tableau clinique actuel et l'anamnèse correspondent à un état séquellaire de trouble envahissant du développement, appelé anciennement psychose infantile. Les épisodes dépressifs sont récurrents, avec persistance d'une humeur négative. L'expertisée présente une importante défaillance narcissique et elle cherche à se présenter du mieux qu'elle peut. Cet aspect peut masquer la dépression de fonds. Le parcours de l'assurée est marqué par des relations avec des hommes qui ont profité d'elle et qui lui ont fait subir diverses violences physiques et morales. Les deux premiers maris se sont liés à elle pour acquérir la nationalité suisse. Le premier était un homme violent qui la battait régulièrement. Le deuxième l'a maltraité jusqu'à lui

briser la mâchoire, après qu'elle l'a quitté. Le troisième mari, quant à lui, prélevait une partie du revenu de l'expertisée. La naïveté de l'assurée dans le cadre de ses relations la rend vulnérable et influençable. Sa capacité à nouer rapidement des relations n'est pas un signe de capacité d'adaptation, mais un signe de gestion défailante de la distance à autrui.

La structure mentale de l'expertisée est désordonnée, à l'instar de son parcours. L'état psychique de l'assurée doit être considéré comme décompensé de manière chronique. L'assurée est incapable de gérer sa vie de manière cohérente. Son suivi médical est morcelé, en rapport avec la difficulté qu'elle a de se procurer des repères. Le trouble psychique est sévère, du registre de la psychose, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'une psychose floride, mais d'une organisation de la personnalité du registre psychotique. L'assurée présente une sévère désorganisation de la pensée et elle exprime un vécu paranoïde, de persécution, en cas de stress. Il s'agit d'un trouble qui est présent depuis l'enfance de l'expertisée. Ce trouble a empêché l'assurée d'acquérir une perception structurée de son univers, d'avoir un sentiment d'identité suffisant et d'avoir un degré de confiance en soi qui lui permette de construire. Elle a développé des mécanismes de défense, notamment un attitude de séduction qui lui a permis de recevoir des gratifications affectives, qui ont partiellement compensé les grandes défaillances sur le plan de la structuration mentale. Elle se trouve cependant régulièrement en situation d'échec. Un traitement psychothérapeutique de soutien, un traitement psychosocial, voire une prise en charge ergo-sociothérapique, serait indiqué, complété par un traitement médicamenteux régulier comme celui qui est en cours. Mais une telle prise en charge se heurte à des difficultés administratives (asséculo-logiques) et à la difficulté de l'expertisée de trouver des valorisations au long cours avec les mêmes interlocuteurs, précisément parce que les interlocuteurs s'épuisent ou sont impuissants face à sa désorganisation. L'évolution jusqu'à l'heure actuelle ne parle pas en faveur d'une amélioration possible.

L'expertisée ne pourrait exercer d'activité lucrative. Elle est facilement dépassée par le moindre problème courant qui suscite de l'anxiété en elle. Son humeur est instable et elle présente un sévère manque de structuration de sa pensée. Elle présente des difficultés de concentration, un manque de confiance en soi, et elle est facilement influençable. Sa perception de la réalité peut être entravée par un vécu paranoïde. Une reprise de l'activité ne paraît pas exigible, et cela de manière durable, voire définitive. L'état de santé de l'expertisée depuis le 11 juillet 2001 ne s'est pas modifié de manière significative. L'expertisée a garé un mode de fonctionnement désorganisé, évoluant au gré des événements extérieurs. Elle a connu des chutes de l'humeur en fonction des pertes narcissiques et affectives accumulées, mais elle a régulièrement trouvé de nouvelles gratifications, toujours passagères. L'expertisée est capable de donner le change lors d'une évaluation superficielle, mais fondamentalement son fonctionnement est stationnaire depuis 1994. Dès qu'elle est confrontée à des sollicitations de manière durable, elle ne peut faire face et adopte un comportement d'évitement. Il n'était pas d'accord avec

l'expertise psychiatrique du CEM du 28 novembre 2006, laquelle était courte, imprécise et incomplète. Tenant compte du dossier volumineux et de ses propres investigations, il ne lui a pas paru nécessaire de confirmer l'organisation de la personnalité par une évaluation psychologique. La désorganisation mentale ressort du dossier et est cliniquement observable.

44. Le 17 avril 2008, la recourante a observé qu'il ressortait de l'expertise que l'avis exprimé par le CEM ne pouvait être retenu. Cette expertise, détaillée et convaincante, devait être suivie et démontrait que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la décision d'octroi de la rente AI.
45. Le 17 avril 2008, l'intimé s'est rallié à un avis du 9 avril 2008 de la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin conseil SMR, selon laquelle l'expert avait fait effectuer l'expertise par un membre sa famille, sous sa supervision, de sorte que les conclusions de l'expertise d'un candidat médecin n'étaient ni objectives ni convaincantes. L'assurée présentait un trouble de la personnalité qui n'était pas forcément du registre de la psychose puisque le trouble était compensé. L'expert n'indiquait pas pourquoi il ne retenait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il aurait dû indiquer si l'assurée présentait une personnalité ou un trouble de la personnalité paranoïaque décompensé. Il devait se prononcer clairement sur le trouble de la personnalité et ses répercussions sur la capacité de travail et, au besoin, demander des tests psychologiques pour étayer ses conclusions. Il n'avait pas expliqué suffisamment pourquoi il était en désaccord avec l'expertise du CEM. Enfin, l'expert n'expliquait pas pourquoi l'assurée avait pu travailler avant 2001 alors même qu'elle présentait un trouble psychique stable depuis 1994.
46. Le 25 avril 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé, à la demande du Tribunal de céans, qu'il avait mené personnellement l'expertise et que M. B\_\_\_\_\_, candidat médecin en stage dans son cabinet, avait participé aux deux entretiens avec l'expertisée et avait contribué à la rédaction du rapport, sous sa supervision directe et permanente.
47. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 10 décembre 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable.
2. L'objet du litige porte sur le bien fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante.
3. 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, mentale ou psychique. 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). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66<sup>2/3</sup> % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut

également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF

126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale 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 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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

8. En l'espèce, l'expertise judiciaire remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, l'expert a reçu à deux reprises la recourante, a pris connaissance de l'entier de son dossier médical et contacté téléphoniquement les Drs R\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. L'expertise mentionne une anamnèse familiale et personnelle détaillée, fait état des plaintes de la recourante et résume les observations de l'expert lors de chaque entretien. Les conclusions sont claires et bien motivées. L'expert explique aussi pour quelles raisons il s'écarte de l'avis du Dr W\_\_\_\_\_.

Dès lors que l'expert a confirmé au Tribunal de céans qu'il avait lui-même mené l'expertise et rédigé le rapport, il n'y a pas lieu de retenir, comme l'a fait le SMR, que celle-ci ne serait ni objective ni convaincante dès lors qu'elle aurait été effectuée par un candidat médecin, la contribution à la rédaction du rapport de la part de ce dernier ayant en particulier été supervisée par l'expert.

Au demeurant, les critiques formées par le SMR à l'encontre de cette expertise ne résistent pas à l'examen.

En premier lieu, la Dresse A\_\_\_\_\_, qui n'est pas une spécialiste en psychiatrie, se borne à affirmer, sans avoir vu la recourante et sans motivation, que celle-ci présente un trouble de la personnalité compensé, qui n'est pas forcément du registre de la psychose, ce qui ne saurait remettre en cause le diagnostic de l'expert.

S'agissant du traitement, l'expert estime qu'un suivi psychothérapeutique serait indiqué, tout en relevant, outre les difficultés assécurologiques, des difficultés de fond et en précisant qu'une amélioration est peu vraisemblable compte tenu du mode relationnel de la recourante et de sa capacité à se gérer, conclusion qui est claire et précise.

Ensuite, l'expert n'a en effet pas motivé l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux (TSD) mais cet aspect n'a pas d'influence sur les conclusions de son expertise dès lors que le trouble psychique sévère, du registre de la psychose, motive à lui seul l'incapacité totale de travail. Par ailleurs, le diagnostic de TSD n'avait pas été posé non plus par l'expert du CEM, dont le rapport a valeur probante selon le SMR.

Le fait que l'expert indique (expertise p. 26) que la perception de la réalité de la recourante peut être entraînée par un vécu paranoïde ne remet pas en cause les diagnostics qu'il a posés et leur influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a expliqué par ailleurs qu'une évaluation psychologique ne lui paraissait pas nécessaire car la désorganisation mentale ressortait du dossier et était cliniquement observable.

L'expert s'est prononcé sur l'expertise du CEM de façon suffisante. Il explique en effet que cette expertise présente une anamnèse superficielle, qu'il manque la mention de la maladie maniaco-dépressive de la mère, qu'il manque un commentaire relatif à l'obésité et ses conséquences ainsi que la référence aux suivis psychiatriques de la recourante, et, enfin, que le Dr W\_\_\_\_\_ constate une capacité de travail totale sans motivation et qu'il exclut un trouble de la personnalité en se fondant sur une mauvaise interprétation des faits.

Enfin, l'objet du litige est limité à la question de l'amélioration ou non de l'état de santé de la recourante depuis le 11 juillet 2001, date d'octroi de la rente entière d'invalidité, point sur lequel l'expertise est claire et précise, de telle sorte que la question de la capacité de travail de la recourante depuis 1994 n'a pas à être investiguée. Au surplus, une telle capacité de travail n'est pas manifeste puisque figure au dossier la mention d'un employeur "Y\_\_\_\_\_" en 1995 dont on ne connaît pas le détail et la durée du contrat de travail avec la recourante puis une activité de celle-ci de quelques mois dans le cadre d'une projet d'occupation du chômage entre 1996 et 1997 suivie d'un gain intermédiaire pendant trois mois en 1998 et, enfin, de vaines tentatives de reprises de travail.

9. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expert selon lesquelles l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré depuis le 11 juillet 2001, cette dernière présentant encore une incapacité de travail totale. En conséquence, aucun motif de révision n'est réalisé, en particulier l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré, de sorte que la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante du 24 mai 2007 doit être annulée.
10. a) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 2'500 fr., à charge de l'intimé.  
  
b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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), de sorte qu'un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 24 mai 2007.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 2'500 fr.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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