

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/288/2008

ATAS/803/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 8 juillet 2008**

En la cause

Madame E\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, représentée par  
Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame E\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante), ressortissante suisse et chilienne, est née le 30 avril 1954 au Chili. Dans le courant de l'année 1999, un cancer du sein a été diagnostiqué chez la recourante, qui s'est fait traiter par mastectomie totale et radiothérapie. En date du 13 juillet 2000, elle est arrivée en Suisse et a, jusqu'en 2006, travaillé comme décoratrice et vendeuse dans plusieurs magasins d'ameublement, de décoration ainsi que de vêtements. Elle a également participé et participe toujours à des expositions d'art collectives et individuelles.
2. En date du 3 décembre 2003, la recourante, étant au chômage depuis septembre 2002, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à l'obtention d'une rente.
3. Le Service Médical Régional (ci-après SMR) a alors consulté tant son médecin traitant, la Dresse L\_\_\_\_\_, que son médecin psychiatre, le Dr M\_\_\_\_\_.
4. La première a, dans ses rapports médicaux des 15 et 18 décembre 2003, déclaré que la recourante souffrait d'un état dépressif depuis l'année 2000 et qu'elle estimait sa capacité de travail à 60% tant dans son activité habituelle de vendeuse que dans une activité adaptée, en évitant toutefois la sollicitation de son épaule gauche. Puis, dans un rapport ultérieur du 24 mai 2005, elle a indiqué que la capacité de travail de la recourante était nulle.
5. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il a diagnostiqué chez la recourante un trouble dépressif récurrent moyen et une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il a également conclu que les troubles dépressifs de sa patiente étaient sujets à de fortes fluctuations et qu'elle était très sensible aux variations de son environnement. Il a estimé qu'un suivi à long terme était nécessaire et que son incapacité de travail se montait à 50% du seul point de vue psychiatrique.
6. Par décision du 3 février 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a octroyé à la recourante une demi-rente AI à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004 et ce sur la base de l'avis du SMR qui confirmait celui du médecin psychiatre précité. Cette décision est devenue définitive et exécutoire.
7. Par courrier du 12 septembre 2006, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste Médecine-Interne FMH, a signalé à l'OCAI qu'elle estimait souhaitable que la demi-rente de la recourante soit transformée en rente entière, sa patiente ayant été la plupart du temps incapable de travailler à 100%. Elle précisait également qu'à son sens, elle ne pourrait, en raison de son instabilité émotionnelle et de son trouble anxieux généralisé avec état dépressif majeur, reprendre à long terme une activité professionnelle à quelque taux que ce soit.

8. La Dresse France L\_\_\_\_\_ et Madame F\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en psychothérapie, ont, par attestations respectives des 23 et 28 juin 2005, spécifié que la recourante était, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, en totale incapacité de travailler.
9. En date du 3 novembre 2006, le SMR a constaté que tous les éléments médicaux en sa possession lui étaient déjà connus et avaient déjà été pris en considération dans le cadre de l'octroi de la demi-rente à la recourante. Il n'existait ainsi aucun élément nouveau dans son dossier.
10. Le 1<sup>er</sup> décembre 2006, l'OCAI a ainsi rendu un projet de décision de non entrée en matière sur la demande en révision des prestations.
11. Suite à la demande d'investigation faite par la recourante, l'OCAI a interrogé son médecin psychiatre, le Dr O\_\_\_\_\_. Par rapport du 23 décembre 2006, celui-ci a indiqué à l'OCAI que le diagnostic retenu par ses soins était, depuis le mois de mai 2004 environ, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile à traits de dépendance. Il a déterminé que la recourante était en incapacité de travail de 60 à 70% depuis mai 2004 dans le cadre de l'activité exercée et considérait que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Un examen médical complémentaire pouvait éventuellement, selon lui, s'avérer nécessaire. Par rapports additionnels, le psychiatre a précisé que le trouble de la personnalité de la recourante aurait été sous-estimé et que son adaptabilité sur le plan professionnel demeurait fortement diminuée. Il a ajouté que sa patiente devrait cependant continuer à exercer son activité de "vendeuse-ensemblière", car dans le cas contraire, cela aurait pour conséquence d'aggraver ses troubles psychiques. Il a également souligné que sa patiente aurait une capacité de travail de 30 à 40%, ce qui, d'après lui, permettrait de ne pas la désinsérer du cadre social et professionnel précédent ce qui risquerait d'aggraver son état clinique.
12. Suite à quoi, le SMR a entrepris un examen psychiatrique afin de déterminer s'il y avait eu aggravation de l'état de santé de la recourante.

Dans son rapport du 5 avril 2007, il a procédé à une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique. Il en ressort que l'assurée n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et qu'elle avait un suivi psychologique avec Madame F\_\_\_\_\_ et non pas avec le Dr O\_\_\_\_\_. L'examineur a ensuite indiqué que la recourante était une femme vive et intelligente, qui souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, fortement présent. Le trouble de la personnalité n'était pas décompensé et aucun signe de dépression n'avait été décelé au sens des classifications internationales. L'examineur, psychiatre FMH, a ainsi considéré, à l'inverse du psychiatre, que la dépression anamnestique de la recourante était

totale­ment gué­rie. Il a é­ga­le­ment pré­ci­sé qu'il n'y avait ac­tu­el­le­ment plus de li­mita­tions fonc­tion­nelles et que le vé­cu in­tense de ses sen­ti­ments et les dif­fi­cultés de ges­tion de la dis­tance in­ter­per­son­nelle (per­son­na­lité bor­der­line) pou­vaient être soignés par une thé­ra­pie ciblée chez une femme mo­ti­vée et in­tel­li­gente. Le rap­port SMR a é­ga­le­ment re­te­nu que l'as­surée di­sait se sen­tir mie­ux de­puis le dé­but du mois de mars 2007, qu'il n'y avait plus de signe de dé­pres­sion et qu'en­fin il n'y avait pas de signe de ré­ci­di­ve on­co­logi­que. La vie ac­tive de la re­courante était dé­crite, celle-ci ré­par­tis­sant sa jour­née en­tre ses tra­vaux de pein­ture, ses ex­po­si­tions, ses pro­jets de cours in­for­ma­tiques, ses lec­tures, ses courses ain­si que ses tra­vaux do­mes­ti­ques du quo­ti­dien. Le SMR a ain­si con­si­dé­ré que l'état de la re­courante s'é­tait amé­li­oré de­puis le mois de mars 2007 et qu'elle avait, de­puis lors, une pleine exi­gi­bi­lité pro­fes­sion­nelle sur le plan psy­chia­trique, de sorte que sa ca­pa­cité de tra­vail était to­tale tant dans l'ac­ti­vité ha­bi­tu­elle (dé­co­ra­trice en ma­ga­sin d'ameu­ble­ment ou pein­tre) que dans une ac­ti­vité adap­tée.

13. Par dé­ci­sion du 7 mai 2007, l'OCAI a ain­si sup­primé la demi-rente de la re­courante.
14. Par ail­leurs, un man­dat de place­ment a été é­tab­li le 12 juin 2007 pré­voyant la con­vo­ca­tion de la re­courante en vue d'une aide au place­ment ac­tive.
15. Celle-là a re­couru contre la dé­ci­sion pré­ci­tée. L'OCAI, n'ayant pas re­spec­té la pro­cé­dure en no­ti­fiant une dé­ci­sion sans la faire pré­cé­der d'un pro­jet de dé­ci­sion per­met­tant à l'as­surée de faire va­loir ses ob­jec­tions, a, en date du 6 août 2007, rendu un pro­jet de dé­ci­sion, par le­quel la demi-rente de la re­courante était sup­primée, de sorte que le Tri­bu­nal de céans a, par ar­rêt du 26 sep­tembre 2007, dé­claré le re­cours sans ob­jet et a rayé la cause du rôle.
16. Dans son op­po­si­tion à la nou­velle dé­ci­sion de l'OCAI du 6 août 2007, la re­courante a sou­te­nu que son état de santé s'é­tait ag­gra­vé, et ce con­traire­ment à ce que re­te­nait le SMR. Elle a pro­duit une at­tes­ta­tion de son mé­decin tra­i­tant, la Dres­se N\_\_\_\_\_, con­fir­mée par le Dr P\_\_\_\_\_, mé­decin psy­chia­tre, in­di­quant que la re­courante pré­sen­tait des élé­ments ré­cur­rents de la ligne dé­pres­sive et an­xieuse for­te­ment han­di­capants dans sa vie, tout par­ti­cu­liè­re­ment pour l'exer­cice d'une pro­fes­sion. Sa pa­tiente n'aurait pas non plus une es­time d'elle-même fa­vo­rable, de sorte qu'elle aurait beau­coup de dif­fi­cultés à af­fron­ter la ré­cur­rence d'é­pis­odes dé­pres­sifs qu'elle subit ré­gu­liè­re­ment. Elle pré­sen­tait é­ga­le­ment une an­hé­donie, un man­que d'ini­ti­a­tive très pesant, une in­som­nie, des troubles de l'appé­tit, des sen­ti­ments an­xieux ré­cur­rents, une in­ca­pa­cité à se con­cen­trer et pré­sen­terait é­ga­le­ment une im­por­tante as­thé­nie et un dé­cou­ra­ge­ment global. Le mé­decin tra­i­tant a en­fin cer­ti­fié qu'en ra­ison de l'in­sta­bi­lité de sa pa­tiente et de la dif­fi­culté que cela repré­sen­tait de pou­voir as­sumer une charge de tra­vail à 50%, elle était même en fa­veur d'une rente en­tière.

17. Dans l'avis médical sur audition, établi par le Docteur Q\_\_\_\_\_ le 29 novembre 2007, celui-ci confirme qu'une démarche de placement « est un soutien qui se justifie pleinement dans le contexte d'existence » de l'assurée, qui souhaite elle-même reprendre le travail.
18. Par avis médical du 3 décembre 2007, le SMR a relevé des contradictions dans le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_, celle-ci parlant notamment d'asthénie suite au traitement du cancer du sein, diagnostic ne pouvant être établi que suite à une chimiothérapie, traitement que la recourante n'avait jamais subi. De plus, il a indiqué que selon la classification internationale de la CIM 10, les éléments récurrents de la lignée dépressive et anxieuse mis en exergue par le médecin de la recourante n'étaient pas handicapants. Par ailleurs, il a confirmé l'avis des divers médecins en ce qui concerne les troubles de la personnalité de la recourante, dont les déceptions évoluaient sous forme de manifestation dépressive à caractère réactionnel (donc non invalidant). Il a souligné que l'assurée a montré durant toute la procédure qu'elle pouvait et souhaitait travailler. Enfin, il a soulevé l'importance d'un suivi psychiatrique, mais a précisé que la souffrance psychique de la recourante n'avait pas de répercussion sur son exigibilité professionnelle au sens de la LAI.
19. Par décision du 14 décembre 2007, l'OCAI a supprimé la demi-rente de la recourante dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre sa décision.
20. Dans son recours du 29 janvier 2008, la recourante conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif ainsi que principalement à la constatation d'un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente entière. La recourante critique l'instruction de la cause qui présenterait, selon elle, de graves lacunes et soulève que les faits auraient été constatés de manière inexacte ou incomplète.
21. Dans sa réponse du 7 février 2008, l'OCAI a maintenu sa position concernant le retrait de l'effet suspensif du recours.
22. Par arrêt incident du 13 février 2008, le Tribunal de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
23. Dans sa réponse au fond du 27 février 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que la situation médicale de la recourante s'était améliorée et que sur la base des conclusions du SMR, sa capacité de travail était entière et que c'était dès lors à bon droit qu'il avait rendu la décision querellée.
24. Par courrier du 7 mars 2008, le Tribunal de céans a sollicité du Dr O\_\_\_\_\_ qu'il se prononce sur le status psychiatrique effectué par les examinateurs, les diagnostics retenus et leur appréciation du cas, qu'il expose les raisons qui fondent

l'incapacité de travail de la recourante dans son métier, et enfin qu'il indique s'il pense qu'une expertise psychiatrique serait judicieuse.

25. Par avis du 17 mars 2008, celui-ci a indiqué qu'il avait suivi la recourante avec l'aide de Madame F\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute FSP, du 7 décembre 2004 au mois d'août 2006. Il a précisé partager le diagnostic établi par le SMR, à savoir celui d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, qui serait toutefois accompagné de traits de dépendance surajoutés. Ce trouble s'est caractérisé par des situations souvent conflictuelles à l'égard de ses collègues, un vécu de victime d'injustice et une blessure importante de son image personnelle. Cela avait abouti à des interruptions répétées de ses activités professionnelles, dans l'incapacité de mener à bien à long terme aucune d'elles. Des épisodes dépressifs répétés d'intensité moyenne ont grevé le parcours personnel et professionnel de sa patiente "en particulier liés à des situations de forte pression sociale et dès qu'elle se voyait confrontée à des exigences auxquelles elle ne se voit pas en mesure de faire face". Lors de l'évaluation de sa patiente en décembre 2006 et alors que le suivi avait déjà pris fin, ils avaient assisté à des attitudes d'autosabotage ou à des menaces suicidaires basées sur peu de fondements objectifs, traduisant son incapacité à se positionner dans une attitude favorable à de réels changements thérapeutiques. Le psychiatre a précisé que dans son rapport du 10 janvier 2007, il avait indiqué qu'il fallait aller un minimum dans le sens d'une reconnaissance de la souffrance de la patiente, dans l'objectif de la mobiliser à adhérer à un projet de reprise professionnelle progressive et que de la maintenir à un taux de travail de 50% l'aurait probablement d'emblée mise en situation d'échec. En conclusion, il a fait part qu'à son avis, et sous réserve de l'évolution de l'état clinique actuel après les délais écoulés depuis leur dernière évaluation, il ne serait pas aussi optimiste sur la possibilité que "sa souffrance puisse être largement soulagée par une prise en charge ciblée de son trouble de la personnalité". Son degré d'incapacité partielle de travail actuel (jusqu'à janvier 2007) ne devrait, selon lui, constituer au plus que le premier jalon d'un programme accompagné d'un retour à une meilleure capacité de travail sur un plus long terme (six mois à un an) afin qu'elle ne s'installe pas dans de nouvelles attitudes d'évitement pathologiques, alors qu'elle bénéficie certainement de potentialités intellectuelles et somatiques intactes. Le psychiatre a enfin indiqué qu'une nouvelle expertise psychiatrique pourrait s'avérer nécessaire si les éléments cliniques actuels devaient venir modifier de façon décisive l'évaluation de son degré d'incapacité.
26. Par avis médical du 15 avril 2008, la Dresse R\_\_\_\_\_ a constaté que le psychiatre retenait le même diagnostic que l'examineur du SMR, mais qu'il ne se prononçait pas sur les critères diagnostics, le status et les répercussions mis en exergue dans le rapport du SMR. Elle a également relevé qu'il ne se positionnait pas de manière précise quant aux questions qui lui avaient été posées par le Tribunal et que son rapport n'apportait rien de nouveau, de sorte qu'il ne permettait pas de retenir des conclusions différentes de celles du SMR. Enfin, la médecin-conseil du

SMR a soulevé que leur examen s'était tenu dans le courant du mois de mars 2007, soit près de sept mois après la fin du suivi psychiatrique et psychothérapeutique.

27. Après transmission des écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.
28. Toutefois, sur demande de la recourante, un délai lui a été accordé pour répliquer, délai qui a été prolongé.
29. En l'absence de détermination de la recourante dans les délais impartis, la cause a, en date du 5 juin 2008, été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. En vertu de l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trente jours suivant la notification de la décision, étant précisé que ce délai ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). La décision de l'OCAI du 14 décembre 2008 a été reçue par la recourante en date du 20 décembre 2008, de sorte que le délai de recours est arrivé à échéance en date du 1<sup>er</sup> février 2009. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours reçu en date du 31 janvier 2009 par le Tribunal de céans est recevable, et ce en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. La question litigieuse est de savoir si l'OCAI était fondé, par décision du 14 décembre 2007, à supprimer la demi-rente de la recourante, et ce en raison d'une amélioration notable de son état de santé.
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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17

LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En tout état, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Pour savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. Le Tribunal doit ainsi s'instruire en prenant connaissance des diverses pièces médicales versées à la procédure devant lui par les parties, et juger du poids respectif de celles-ci. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

6. 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).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un

consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA), peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

7. En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations d'invalidité en décembre 2003 et ce principalement en raison de son état dépressif. A cette période, elle émergeait à l'assurance-chômage comme cela ressort de sa demande. Le médecin traitant de la recourante avait à l'époque fait état d'une diminution de l'utilisation de son épaule gauche ainsi que de son état dépressif, ce dernier justifiant à lui seul la diminution de la capacité de travail de sa patiente. En raison de la problématique de dépression, le médecin psychiatre de la recourante à cette époque a également été consulté. Il a estimé que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen et d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline. En raison de l'état dépressif de sa patiente, il a évalué à 50% son incapacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique. Le médecin de l'OCAI avait alors suivi l'avis du médecin psychiatre et a, en février 2006, octroyé à la recourante une demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2004.

C'est ainsi uniquement en raison de motifs psychiatriques qu'une demi-rente d'invalidité avait été accordée à la recourante.

Lors de la procédure en révision de la rente, la recourante a été soumise à un examen psychiatrique par un expert du SMR. A cette occasion, l'expert a diagnostiqué chez l'assurée une personnalité émotionnellement labile de type borderline ainsi qu'un status après notion de trouble dépressif récurrent, en

rémission complète. Ces diagnostics ont été considérés comme n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. En effet, le trouble de la personnalité n'était pas décompensé et l'assurée ne présentait plus aucun signe de dépression. Il a été précisé qu'aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue attendu que le vécu de ses sentiments et ses difficultés de gestion de la distance interpersonnelle (personnalité borderline) pouvaient être soignés par une thérapie ciblée. L'expert a ainsi considéré que la recourante avait une capacité de travail exigible de 100% en tant que décoratrice en magasin d'ameublement ou peintre et qu'il en était de même dans une activité adaptée.

Il sera relevé que cet examen a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. Il est en effet détaillé, comporte une anamnèse complète, une prise en considération des plaintes de la patiente, des diagnostics précis ainsi que des conclusions claires et bien motivées. Le rapport a également été établi de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. Ses conclusions convainquent le Tribunal.

Ainsi, il convient de constater que l'état de santé de la recourante qui avait fondé l'octroi de la demi-rente d'invalidité s'est notablement amélioré, attendu que depuis le mois de mars 2007, la dépression à l'origine de la demi-rente est en rémission.

D'autres médecins ont donné leurs avis concernant l'état de santé de la recourante ainsi que son implication sur sa capacité de travail.

Trois mois avant l'expertise, le Dr O\_\_\_\_\_, qui avait délégué le suivi psychiatrique de la recourante à sa collaboratrice, Madame F\_\_\_\_\_, psychologue, s'est sommairement prononcé sur son état psychiatrique. Il a tout d'abord indiqué que le suivi de la recourante s'était terminé au mois d'août 2006, soit près de sept mois avant l'expertise du SMR. Il a considéré que le trouble de la personnalité émotionnellement labile à traits de dépendance ainsi que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique dont souffrait leur patiente avaient des répercussions sur la capacité de travail de cette dernière, qui a été évaluée à 30 ou 40% tout au plus, tant dans l'activité précédemment exercée, qu'en qualité de décoratrice ou de vendeuse ensemblière. Sur demande du Tribunal de céans, le psychiatre a confirmé le diagnostic de l'examineur du SMR, tout en retenant un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec des traits de dépendance surajoutés, qui se caractérise par des situations souvent conflictuelles à l'égard de ses collègues, un vécu d'injustice et une blessure importante de son image personnelle. Il précise que même si le dernier épisode de dépression moyenne avait été "totalement guéri", des fluctuations pourraient avoir lieu, fluctuations qui seraient susceptibles d'engendrer une péjoration de l'état de santé de la recourante. Toutefois, il a admis que sa patiente avait la faculté de recommencer à travailler partiellement et de manière progressive et qu'elle bénéficiait certainement de potentialités intellectuelles et somatiques intactes.

Le Tribunal constate que ces rapports ne remettent pas en cause l'avis du SMR. Le psychiatre y adhère en effet en grande partie. Notamment, expressément interrogé, le psychiatre confirme les diagnostics, notamment celui de dépression en rémission, tout en retenant une possible péjoration de l'état de santé. Pour des raisons probablement thérapeutiques, il suggère toutefois une reprise de travail progressive.

Quant à l'attestation de la Dresse N\_\_\_\_\_, qui conteste l'absence de tout trouble psychique, elle ne saurait remettre en question les rapports susmentionnés, établis par des spécialistes en psychiatrie, ce que le médecin traitant n'est manifestement pas. Certes, elle se dit appuyée par le nouveau psychiatre de la recourante. Toutefois, celui-ci se contente de confirmer l'attestation de la médecin traitant, en deux lignes, sans plus de précision, ce qui n'est pas de nature à remettre en cause les appréciations du Dr O\_\_\_\_\_ et du SMR.

Vu ce qui précède, les conclusions du SMR seront suivies. Ainsi une pleine capacité de travail dans les activités de vendeuse-ensemblère ou de peintre doit être retenue.

D'ailleurs, il ressort du dossier, soit notamment du rapport complet du SMR que la recourante est active durant la journée. Le matin elle s'occupe du ménage, peint des tableaux à l'huile, prépare des expositions (notamment à Palexpo) et sort à pied pour réaliser ses achats ou aller à la Poste. L'après-midi, elle cuisine, s'occupe de ses affaires, passe du temps sur internet. Elle prévoyait également d'entreprendre des cours informatiques. Le soir, elle cuisine et regarde la télévision. Enfin, la recourante dit peindre environ cinq heures par jour et est heureuse dans le cadre de cette activité. Il sera également précisé que la recourante indique elle-même dans son curriculum vitae qu'elle participe à des expositions collectives et individuelles depuis 1985 et que cette activité se poursuit toujours. Le psychiatre lui-même préconise la poursuite des activités professionnelles de la recourante.

Ces circonstances confortent le Tribunal dans le fait que la recourante possède bel et bien une pleine capacité de travail, soit en tant que vendeuse-ensemblère, soit dans la profession de peintre, exercée actuellement.

8. Cela étant, les conclusions de SMR, si elles doivent être suivies, consistent en une capacité de travail aujourd'hui théorique de la recourante, qu'elle ne peut atteindre, vu les explications convaincantes du Dr O\_\_\_\_\_, que par le biais de mesures de réadaptation, en l'occurrence par le biais de l'aide au placement, mesure qui avait déjà été mise en place par l'OCAI et qu'il y a lieu de confirmer.

On rappellera que les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation réputées nécessaires et appropriées (art. 8 al. 1 première phrase LAI), à savoir toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose

un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). L'aide au placement, prévue par 18 LAI, fait partie de ces mesures. Dans la perspective de la cinquième révision de la LAI, la mesure d'aide au placement a d'ailleurs été élargie, et permet de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail. C'est une telle mesure qu'il convient de mettre en place en faveur de la recourante. Il s'agira pour le service de réadaptation de l'OCAI - ou les établissements publics pour l'intégration si le dossier leur est confié - d'aider la recourante à atteindre un taux d'activité de 100 % et de l'aider dans ses démarches de recherche d'emploi.

8. Par conséquent, la décision supprimant la demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> février 2008 (cf. art. 88a RAI) sera confirmée et l'OCAI invité à mettre en œuvre les mesures de réadaptation préconisées.
9. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI dans sa teneur à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs.

En l'espèce toutefois, vu la réadaptation accordée à la recourante, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Invite l'OCAI à mettre la recourante au bénéfice d'une mesure de réadaptation au sens de l'art. 18 LAI et des considérants.
3. Rejette le recours pour le surplus.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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