

SUPREPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/801/2009

ATAS/689/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à GENEVE, représentée par
l'Assoc. permanence défense des patients et assurés (APAS)

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1958, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'ouvrière jusqu'en 1992, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail, essentiellement en raison d'une infection pulmonaire et de céphalées.
2. Le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail a rédigé en date du 19 février 1993 un rapport d'expertise à l'intention de l'assurance perte de gain. Il en ressortait que l'assurée souffrait surtout de céphalées répétitives et d'angoisses. Le médecin a indiqué que le tableau évoquait un syndrome d'hyperventilation favorisé par un terrain anxieux. Les tests neuropsychologiques pratiqués avaient mis en évidence un ralentissement, une fatigabilité, des troubles attentionnels et de programmation et de discrets troubles mnésiques. S'y ajoutaient un état dépressif et des céphalées pulsatiles fréquentes avec des vertiges et des troubles visuels (cf. rapport du Dr E _____).
3. Le 2 septembre 1993, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) qui, par décision du 1^{er} novembre 1994, lui a reconnu le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité avec effet au 1er janvier 1993 pour séquelles d'intoxication aux solvants, dysthymie dépressive, fatigue, adynamie et diminution des capacités mentales. A l'époque, c'était principalement l'évitement agoraphobique qui constituait un obstacle à la reprise d'une activité lucrative (cf. rapport du Dr F _____ du 1er novembre 1993). La décision de l'OAI se basait sur les conclusions de l'expertise psychiatrique pratiquée le 12 juin 1994 par le Dr G _____, lequel avait exprimé l'avis que la pathologie de l'assurée était associée à l'intoxication qu'elle avait probablement subie sur son lieu de travail et que, depuis juillet 1992, l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative. L'expert précisait que les séquelles d'une intoxication pouvaient certes être durables mais que, compte tenu des capacités d'autoréparation du cerveau et des organes périphériques, on ne pouvait conclure à une invalidité définitive ; selon lui, l'incapacité de travail de l'assurée durerait vraisemblablement deux ans.
4. Par décision du 12 septembre 2003, à l'issue d'une première procédure de révision, l'OAI a supprimé la rente allouée jusqu'alors à l'assurée au motif que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré. Il se basait sur le rapport établi le 8 novembre 2002 par le Dr H _____, médecin traitant de l'intéressée, retenant à titre d'affections principales : un asthme bronchique, un état de stress, une dépression nerveuse, un syndrome de fatigue chronique,

des névralgies cervico-brachiales bilatérales, une colonne cervicale à la courbure lordotique très accentuée, une fracture de l'apophyse épineuse du C7 et enfin, un trouble de la sensibilité périphérique des membres supérieur et inférieur gauches.

5. Par courriers des 6 novembre et 10 décembre 2003, le Dr H_____ a informé l'OAI de l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique et douloureuse de sa patiente, si bien que l'OAI, après avoir mis sur pied une expertise psychiatrique par le Dr I_____ - qui a conclu à un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne sans symptôme psychotique, accompagné d'une agoraphobie avec trouble panique, a évalué la capacité de travail de l'assurée à 0% et a préconisé, en vue de l'augmenter, un traitement psychiatrique sous forme d'antidépresseurs ou de psychothérapie sous forme de thérapie cognitive ou comportementale (cf. rapport du 18 février 2004) -, a décidé en date du 2 juin 2004, de continuer à verser la rente à l'assurée à la condition que celle-ci se soumette à un traitement psychiatrique et en soulignant que son dossier ferait l'objet d'une révision une année plus tard.

6. Une seconde procédure de révision a été initiée au mois de mai 2005, qui s'est conclue, le 14 décembre 2007, par la décision de l'OAI de supprimer la rente allouée à l'assurée, prise aux termes d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- un rapport du Dr H_____ faisant état d'une aggravation de l'état de santé général de sa patiente et concluant à : un asthme bronchique aggravé, une dépression nerveuse, un état de stress permanent, un syndrome cervical aggravé avec vertiges, nausées, vomissements, un côlon irritable et un syndrome de fatigue chronique et à une capacité de travail de 0% ;

- un rapport d'examen neurologique du 2 février 2005 par le Dr J_____, concluant à des migraines communes et préconisant la mise en œuvre d'un traitement de fond ;

- un avis de la Dresse K_____, ophtalmologue, émettant l'hypothèse que la presbyopie de sa patiente pouvait expliquer une partie de ses céphalées ;

- un rapport émis le 7 avril 2006 par le Dr L_____, psychiatre traitant, concluant à des troubles de l'humeur organiques (F 06.3), à un trouble de personnalité affective (F 34.0) à un trouble panique avec agoraphobie (F 40.01) et à une capacité de travail de 0%.

- une nouvelle expertise psychiatrique du Dr I_____, du 13 septembre 2007, retenant, en plus des diagnostics déjà retenus précédemment, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; l'expert concluait que la reprise d'une activité lucrative n'était toujours pas envisageable et

préconisait un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique intensif et un traitement antidépresseur sous contrôle monitoring thérapeutique pour espérer une amélioration compatible avec une activité professionnelle s'exerçant à mi-temps au moins et à condition qu'elle soit adaptée aux limitations physiques de l'assurée ;

- un courrier du 16 novembre 2007 du Dr H_____ informant l'OAI que l'assurée allait entreprendre un traitement psychiatrique auprès du Dr M_____ ;

- un nouveau courrier du Dr H_____ daté du 16 janvier 2008, attestant d'une détérioration générale de l'état de santé de sa patiente, surtout du point de vue psychologique, et d'une aggravation de son atteinte rhumatismale articulaire et musculaire avec apparition de vertiges, d'un syndrome de fatigue chronique, de troubles dépressifs, d'infections rénales répétées, d'asthme et de bronchite chronique avec épisodes de crises et d'un syndrome rénal avec perte de protéines.

7. L'assurée ayant interjeté recours contre la décision de l'OAI, ce dernier, par décision du 20 mars 2008, a décidé de reprendre l'instruction de la cause, ce dont le Tribunal cantonal a pris acte le 11 avril 2008.
8. Le 4 février 2009, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle il a supprimé la rente de l'assurée au motif que cette dernière avait recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité à compter du mois de février 2008. Cette décision a été rendue après un complément d'instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du Dr N_____, médecin auprès du service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), du 12 août 2008, retenant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, agoraphobie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; étaient également mentionnés tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome migraineux ainsi qu'une hystérectomie ; le Dr N_____ considérait que les problèmes psychiatriques - non résolus - étaient restés au premier plan ; l'incapacité de travail était selon lui totale pour des raisons essentiellement psychiatriques, étant précisé que l'état psychique de la patiente s'était aggravé sans qu'une période de nette amélioration ait pu être constatée ; sur le plan physique, une importante fatigue était mise en évidence dont il était précisé qu'elle entraînait des limitations fonctionnelles ; l'expert observait que les différents troubles s'étaient chronicisés depuis leur installation ; questionné sur l'opportunité d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, l'expert se montrait très réservé pour les raisons psychiatriques déjà mentionnées ; selon lui, une activité adaptée n'était plus envisageable sous réserve d'une reprise à 50% si un traitement psychiatrique prolongé, intensifié et rigoureux était entrepris et d'une amélioration effective de l'état psychique de l'expertisée ; il réservait toutefois son

pronostic au vu de la durée de la maladie et des différentes tentatives de traitement restées infructueuses ;

- un examen clinique psychiatrique de la Dresse O_____, psychiatre FMH auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), du 23 octobre 2008, concluant à un trouble dépressif récurrent en rémission complète ainsi qu'à une personnalité avec traits émotionnellement labiles de type borderline et à des plaintes non systématisées pouvant suggérer l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, non invalidants ; la Dresse O_____ précisait n'avoir trouvé aucun argument remettant en question l'appréciation médicale du Dr I_____ mais n'avoir pour sa part relevé aucun signe de dépression ; elle en tirait la conclusion que l'état de l'expertisée s'était amélioré, au plus tard au mois de février 2008, date à compter de laquelle une pleine capacité de travail était exigible de l'assurée du point de vue psychiatrique, tant dans l'activité précédemment exercée (plieuse dans un pressing) que dans toute autre adaptée à ses limitations physiques ;

- un rapport émis le 28 janvier 2009, par le Dr M_____, psychiatre, confirmant avoir pris en charge l'assurée depuis le mois de novembre 2007, relatant que cette dernière se plaignait d'un malaise général, de céphalées quotidiennes et d'insomnies, qu'elle n'exprimait pas de plaintes psychiatriques précises, mise à part une certaine anxiété, que l'examen clinique permettait de mettre en évidence un état dépressif léger, des traits névrotiques de type phobique et caractériel, une personnalité fruste, ainsi que des difficultés d'adaptation ; le médecin indiquait que selon ses constatations, la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008 ; il précisait que les troubles psychiatriques, à eux seuls, ne justifiaient pas une invalidité, tout en soulignant que l'état général de santé de sa patiente devait être pris en considération.

9. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a rejeté par arrêt du 30 novembre 2009 (ATAS/1513/2009).
10. Saisi à son tour d'un recours interjeté par l'assurée, le Tribunal fédéral, par arrêt du 13 septembre 2010, constatant que le Tribunal cantonal avait pris à tort comme terme de comparaison la date de la décision initiale - novembre 1994 - alors qu'une autre décision était intervenue en juin 2004, a annulé l'arrêt du Tribunal cantonal et renvoyé la cause à ce dernier afin qu'il complète ses constatations de fait quant à l'état de santé de l'assurée au moment de la décision du 2 juin 2004.

Le Tribunal fédéral a relevé que l'octroi d'une rente entière à partir du 1er décembre 2003 reposait fondamentalement sur des motifs d'ordre psychiatrique dans la mesure où les diagnostics relevant de ce domaine

retenus par le Dr I _____ suffisaient déjà à légitimer une totale incapacité de travail. Il a constaté que les affections somatiques alors évoquées par le Dr H _____ n'avaient pas fait l'objet d'un véritable examen, de sorte que l'état de santé physique de l'assurée à l'époque (décembre 2003) n'avait fait l'objet d'aucune investigation permettant de trancher la question de son influence sur sa capacité de travail. Or, le Dr H _____ avait par la suite persisté à signaler la présence de problèmes d'ordre somatique - déjà connus à la fin de l'année 2003 ou nouveaux. Dès lors, le Tribunal fédéral a estimé que l'on ne pouvait se borner à se référer à l'avis du Dr N _____, ce dernier n'ayant investigué que la question de l'incidence des affections rénales alléguées et non celle des autres troubles somatiques évoqués par le Dr H _____. Enfin le Tribunal fédéral a relevé le fait que le Dr H _____ se soit contenté de produire une liste de diagnostics en 2002 et 2003 était imputable non à des raisons médicales mais au fait que l'assurée ne s'acquittait pas de ses factures. En conséquence, le Tribunal fédéral a suggéré la mise sur pied de mesures d'instruction complémentaire sur le plan somatique.

11. Interrogé par la Cour de céans, le Dr N _____ a indiqué en date du 10 juin 2011, "respecter et accepter" les constatations et conclusions de la Dresse O _____. En substance, il a persisté à soutenir que l'incapacité de travail de l'assurée relevait essentiellement de l'atteinte psychique.
12. Entendu par la Cour en date du 16 juin 2011, le Dr M _____ a quant à lui confirmé la teneur de son rapport du 28 janvier 2009, notamment le fait qu'une amélioration était survenue sur le plan psychique depuis janvier 2008, date à laquelle il a revu l'assurée et constaté une nette amélioration par rapport à l'année précédente.

Il a ajouté qu'en janvier 2009, l'état de sa patiente s'était encore amélioré et qu'elle était désormais d'accord pour admettre qu'aucune incapacité de travail ne se justifie plus sur ce plan.

13. Par écriture du 28 juin 2011, l'intimé, se référant à l'avis de son Service médical régional a conclu qu'il était dès lors difficile de suivre les allégations du Dr H _____ concernant une aggravation psychologique en janvier 2008.

Quant à un éventuel bilan supplémentaire neuropsychologique, l'intimé s'est référé à l'avis de la Dresse O _____, laquelle a indiqué avoir constaté l'absence de problèmes mnésiques, du cours de la pensée, de l'attention ou encore de la concentration.

14. Par écriture du 21 juin 2011, la recourante s'est étonnée de l'acceptation pure et simple par le Dr N_____ des conclusions de la Dresse O_____.

Elle allègue que des troubles mentaux ont été invoqués de manière récurrente par ses médecins, que seuls des examens neuropsychologiques pourront mettre en évidence. Dans cette optique, la recourante a sollicité la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire incluant un versant psychiatrique visant à évaluer sa capacité de travail mais également l'importance de son déconditionnement.

15. Interrogé par la Cour de céans, le Dr H_____, a répondu en quelques lignes au début du mois d'août 2011 que la patiente était guérie, qu'elle lui devait 5'000 fr. pour ses consultations et qu'il ne l'avait plus revue depuis novembre 2009, ce dont il a tiré la conclusion que cela confirmait qu'elle n'avait pas besoin de médecin (sic).
16. Le 24 août 2011, l'intimé en a tiré la conclusion que le Dr H_____ partageait ses conclusions.
17. Quant à la recourante, elle a relevé que la réponse du Dr H_____ ne présentait pas grande valeur dès lors que le motif invoqué à l'appui de la guérison de sa patiente était le fait qu'elle ne s'était plus présentée à sa consultation.
18. La Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire ayant pour objectif d'investiguer plus particulièrement la question de l'incidence sur la capacité de travail des névralgies cervico-brachiales bilatérales, des troubles dorsaux, du trouble de la santé périphérique des membres supérieurs et inférieurs, de l'asthme et des éventuels problèmes cognitifs rencontrés. La Cour de céans a soumis aux parties le nom des experts pressentis.
19. Les parties se sont exprimées par écritures du 20 juin 2012.
20. Par ordonnance du 2 juillet 2012, la Cour de céans a confié à la Polyclinique de Lausanne - plus particulièrement aux Drs P_____ (médecin-interniste en charge du dossier), Q_____, rhumatologue, R_____, psychiatre, S_____, pneumologue, et à Madame T_____, neuropsychologue - le soin de procéder à l'expertise de l'assurée.
21. Les experts ont rendu leur rapport en date du 4 décembre 2012. Ils ont expliqué que leurs constatations et conclusions se basaient sur l'examen du dossier AI, sur un examen de médecine interne, sur un concilium psychiatrique, un concilium rhumatologique, un concilium pneumologique et

un concilium neuropsychologique. Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des Drs P_____ et U_____, internistes, et R_____, psychiatre.

En définitive, les experts, de manière consensuelle, ont retenu à titre de diagnostics exerçant une influence essentielle sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, un trouble panique avec agoraphobie et des polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée.

Au plan somatique, des symptômes nouveaux d'ordre rhumatologique sont apparus de manière significative dans le courant de l'année 2010. Jusqu'alors, et plus particulièrement lorsque les Drs H_____ et O_____ s'étaient prononcés, les douleurs articulaires n'étaient pas encore au premier plan. Mais en 2010, la symptomatologie ostéo-articulaire s'est intensifiée, conduisant à des investigations rhumatologiques en 2012 et à la mise en évidence de signes de synovite, mis sur le compte d'une polyarthrite inflammatoire indifférenciée. Les experts ont évoqué la possibilité d'une connectivité indifférenciée, d'une spondylarthrite indifférenciée, voire, éventuellement, d'un syndrome de Sjögren, précisant que seule l'évolution - au demeurant imprévisible pour l'instant - permettra de s'orienter vers l'un ou l'autre de ces diagnostics. Mais, de façon générale, l'examen clinique suggère plutôt un bon pronostic.

Selon les experts, la recourante ne rencontre pas de limitations fonctionnelles importantes sur le plan physique. Depuis le début de l'année 2010 au moins, cependant, les douleurs inflammatoires ont interféré avec une activité professionnelle, qu'elle soit physique ou sédentaire, nécessitant l'utilisation répétée des mains.

Mais c'est malgré tout l'atteinte à la santé psychique qui demeure au premier plan chez l'assurée. Les experts ont indiqué que la pathologie psychiatrique est apparue dès 1992 et a fluctué depuis lors. Anamnésiquement, il y a eu amélioration en 2008 et début 2009, sans que l'assurée n'ait toutefois jamais été libre de souffrance psychique. En 2008, le Dr O_____ a ainsi conclu à l'absence de symptômes dépressifs. Les experts ont relevé qu'il leur était difficile de juger rétrospectivement d'une réelle amélioration de la capacité de travail sur une période de quelques mois entre février 2008 et 2009, mais ils ont qualifié cette amélioration de possible. Il y a ensuite eu décompensation dépressive depuis au moins 2010, liée aux douleurs apparues à cette époque et depuis, l'assurée est totalement incapable d'exercer la moindre activité.

22. Dans ses conclusions après enquêtes du 17 janvier 2013, l'intimé a rappelé que la décision litigieuse remonte au 4 février 2009, que selon les experts, l'affection ostéoarticulaire a débuté en 2010, que l'amélioration constatée par le Dr O _____ en octobre 2008 - au demeurant confirmée par le Dr M _____, psychiatre-traitant de la recourante - n'a pas été contestée et que la décompensation qui a suivi est survenue postérieurement à la décision litigieuse.

En définitive, l'intimé a persisté dans ses conclusions en faisant remarquer que l'apparition d'une symptomatologie ostéoarticulaire postérieure à sa décision pourrait, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande de la part de la recourante.

23. Par écriture du 12 décembre 2012, la recourante s'est quant à elle référée à l'expertise, à laquelle elle a reconnu pleine valeur probante.

EN DROIT

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

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés

par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le litige porte sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse du 4 février 2009, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré par rapport au 2 juin 2004, date à laquelle l'intimé avait décidé de continuer à lui verser une rente entière et ce, au point de conduire à la suppression de ladite rente.
4. 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 343 consid. 3.5 et les références).
5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont

raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci,

louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. ch. 2 et les références).

7. Dans son arrêt du 30 novembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté, à l'instar du Tribunal fédéral, qu'en 1993, la rente allouée à l'assurée l'avait été en raison, principalement, de l'évitement agoraphobique dont le Dr F_____ avait souligné qu'il constituait un obstacle à la reprise d'une activité et que le Dr D_____ qualifiait de syndrome d'hyperventilation favorisé par un terrain anxieux. En 1994, le Dr G_____, expert, avait confirmé une totale incapacité de travail justifiée principalement par des atteintes psychiques.

De même, en juin 2004, c'est pour des raisons essentiellement psychiques que l'intimé a continué à servir une rente d'invalidité à l'assurée.

Il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait en juin 2004 à celle qui prévalait au moment de la décision litigieuse, soit le 4 février 2009.

Sur le plan psychique, le Tribunal cantonal a déjà indiqué reconnaître au rapport du Dr O_____ une pleine valeur probante car il se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Qui plus est, ses conclusions en faveur d'une

amélioration de l'état psychique de l'assurée depuis février 2008, ont été corroborées par celles du Dr M_____, qui n'a mis de son côté en évidence qu'un état dépressif léger, des traits névrotiques et des difficultés d'adaptation et qui a précisé que la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008. Ni l'un ni l'autre de ces deux médecins n'a plus relevé de trouble agoraphobique. Enfin, les experts dernièrement mandatés par la Cour de céans n'ont pas trouvé d'éléments infirmant l'amélioration constatée début 2008. Ils ont en revanche indiqué qu'une décompensation a eu lieu par la suite, dont on relèvera cependant qu'elle est postérieure à la décision litigieuse et donc non pertinente pour apprécier le bien-fondé de celle-ci.

Au vu de ces considérations, il se confirme que, sur le plan psychique, l'état de l'assurée s'est incontestablement amélioré entre juin 2004 et février 2009, date de la décision litigieuse, au point qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité précédemment exercée ou une autre, adaptée à ses limitations physiques.

Sur le plan somatique, le Tribunal fédéral a considéré que l'avis du Dr N_____ - qui a estimé que les troubles somatiques n'entraînaient pas de diminution de la capacité de travail - n'était pas suffisant, dans la mesure où ce médecin n'avait investigué que la question de l'éventuelle incidence des affections rénales alléguées, à l'exclusion des autres troubles somatiques évoqués par le Dr H_____ (asthme bronchique, névralgies cervico-brachiales, fracture de l'apophyse épineuse, troubles de la sensibilité périphérique des membres supérieur et inférieur gauches). Ces questions ont été investiguées de manière détaillée par les experts de la Policlinique de Lausanne.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu le diagnostic de polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée. Sur le plan pneumologique, ils ont retenus ceux de probable asthme bronchique et probable hyperventilation psychogène. Les experts ont cependant indiqué que l'asthme ne devrait en principe pas diminuer la capacité de travail. L'expert pneumologue a précisé que la présence de fonctions pulmonaires normales et d'un CT-scan thoracique sans lésion parenchymateuse ne suggérait pas une maladie respiratoire responsable d'une limitation à l'effort, à moins qu'il n'y ait hypertension pulmonaire, ce qui n'a pas été démontré.

Quant à la neuropsychologie, elle a conclu à l'absence d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie, de syndrome mnésique ou de syndrome dysexécutif. Dans tous ces champs, les performances étaient limitées à modérément déficitaires chez une patiente chez laquelle elle n'a pu exclure des difficultés d'ordre motivationnel

face à l'examen. L'intensité des plaintes paraissait peu congruente avec l'absence de plaintes portant sur la vie quotidienne.

En définitive, sur le plan physique, les experts ont conclu que la recourante ne rencontre pas de limitations fonctionnelles importantes, même si, depuis le début de l'année 2010 au moins, les douleurs inflammatoires ont interféré avec une activité professionnelle, qu'elle soit physique ou sédentaire, nécessitant l'utilisation répétée des mains. Là encore, force est de constater que la dégradation de l'état de santé de la recourante est postérieure à la décision litigieuse de février 2009.

Eu égard aux considérations qui précèdent et aux investigations menées, il apparaît donc que la décision litigieuse doit se voir confirmer en tant qu'elle reconnaît la recourante apte à exercer une activité à plein temps à compter de février 2008 et supprime son droit à la rente. Le recours est donc rejeté.

Néanmoins, il convient de considérer les écritures développées par la recourante au cours de la procédure devant la Cour de céans valent nouvelle demande de prestation, qu'il reviendra à l'intimé d'instruire si besoin est avant de rendre une décision. A cet égard, elle pourra mettre à profit les informations recueillies dans le cadre de l'expertise judiciaire.

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

Statuant

Au fond :

1. Rejette le recours.
2. Renvoie néanmoins la cause à l'intimé à charge pour ce dernier d'investiguer la question de savoir s'il y a eu aggravation de l'état de l'assurée postérieurement à la décision du 4 février 2009 et de rendre une décision.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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