

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/978/2007

ATAS/464/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 21 avril 2008**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection      recourante  
de domicile en l'Etude de Maître VOUILLOZ Daniel

contre

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

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

---

### **EN FAIT**

1. Mme R\_\_\_\_\_, originaire du Chili, divorcée, mère de deux enfants nés en 1974 et 1986, l'assurée est arrivée à Genève en 1984 et est titulaire d'un permis B depuis 1987 et C depuis 1997. Elle exerce depuis le 14 août 1989 la profession d'employée de production chez X\_\_\_\_\_ SA.
2. Dès le 10 janvier 1996, elle a été en incapacité de travail totale attestée par le Dr A\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH psychiatrie/psychothérapie.
3. Le 30 avril 1996, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée souffrait de troubles émotionnels, de troubles d'humeurs, d'idées obsédantes et de troubles du sommeil et d'un syndrome dépressif majeur récurrent d'intensité sévère (DSM IV 296.33). Après amélioration suffisante, elle reprendrait son travail. La guérison était possible mais des rechutes étaient à craindre étant donné la vulnérabilité de sa personnalité.
4. Le 6 novembre 1996, le Dr A\_\_\_\_\_ a souligné qu'il existait un risque d'évolution vers la chronicité.
5. Le 18 février 1997, l'assurée a requis des prestations de l'AI pour dépression et hypothyroïdie.
6. Le 9 avril 1997, la Dresse B\_\_\_\_\_ a déclaré à l'OCAI qu'elle n'avait pas fait de certificat d'incapacité de travail pour l'assurée.
7. Par décision du 21 octobre 1999, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière simple d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
8. La communication de l'OCAI à la caisse du 18 août 1991 précise qu'il sera procédé à une révision de la rente le 31 août 1999.
9. Le 4 février 2004, le Dr C\_\_\_\_\_ de l'Unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté que l'assurée avait été reçue dans l'unité en raison de tristesse, anxiété, fatigue et a diagnostiqué un épisode dépressif majeur sans syndrome somatique (F 32.10).
10. Le 16 juin 2004, l'OCAI a transmis à l'assurée le questionnaire pour la révision de la rente que cette dernière a retourné le 18 juillet 2004.
11. Le 11 août 2004, les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ de la polyclinique de médecine des HUG ont relevé, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un état dépressif existant depuis 1996 et sans répercussion sur la capacité de travail, une hypothyroïdie substituée et une incontinence urinaire. L'état de santé de l'assurée était stationnaire. Un suivi psychiatrique était nécessaire. Ils exposent qu'actuellement, la patiente ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique, des

démarches dans ce sens ayant été entreprises en février mais n'ayant pas abouti. Elle se sent asthénique depuis de nombreux mois, se plaint de troubles mnésiques et de la concentration. Elle se dit très affectée par les conflits mondiaux et les injustices en général. Elle présente une aboulie et une anhédonie. Elle parvient à se projeter dans l'avenir mais y voit avant tout des obstacles. Très critiquée par sa famille lorsqu'elle prenait des médicaments psychotropes, elle craint à nouveau leur jugement. Dans l'hypothèse d'une anémie, une formule sanguine complète a été réalisée en février, dont les résultats sont dans les normes. Le suivi de la substitution thyroïdienne est également satisfaisant. Ils organisent pour la patiente une prise en charge psychiatrique et l'encouragent vivement à un suivi régulier accompagné des traitements médicamenteux nécessaires. Dans ce contexte, il paraît envisageable que la patiente retrouve une activité rémunérée à temps partiel.

12. Le 5 janvier 2005, la Dresse F\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR) a rendu un rapport suite à un examen psychiatrique du 16 décembre 2004, qu'elle a signé "Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH". Elle relève que sur le plan psychiatrique, suite à une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à des difficultés familiales, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr A\_\_\_\_\_ depuis le 2 janvier 1996 jusqu'en 1998, date de l'amélioration de son état. Elle se plaignait de troubles de la mémoire, de la concentration, d'ouïe, de troubles de la vue car elle devait porter des lunettes pour lire.

Sous la rubrique "vie quotidienne", la Dresse F\_\_\_\_\_ relève que l'assurée s'occupe de son ménage, notamment le nettoyage de la cuisine et de la salle de bain 1x/jour. Des fois, les mercredis et pendant le week-end, elle s'occupe de ses quatre petits enfants, une fille de 4 ans et des triplés de 2 ans et demi.

Dans le cadre du "status psychiatrique", la Dresse F\_\_\_\_\_ mentionne que, dans le contact, l'assurée est peu authentique. Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme.

Elle diagnostique un trouble dépressif récurrent, en rémission complète F 33.4.

Dans l'appréciation du cas, il est relevé que le rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_ ne décrit que très peu d'éléments pouvant justifier un état dépressif sévère (à son avis moyen). De plus, il ne décrit pas d'épisode précédant celui de la longue maladie, ce qui étonne pour un trouble récurrent. Actuellement et de longue date, l'assurée n'a plus aucun suivi médical psychiatrique ni médicamenteux et son état est stable.

Elle estime que son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique et dès lors elle n'a pas retenu d'incapacité de travail

justifiable du point de vue médico-juridique. A son avis il s'agit d'épisodes (deux) récurrents d'intensité moyenne, de dépression réactionnelle, en rémission complète depuis 1998.

Sur la base de son observation clinique psychiatrique, l'assurée a présenté en 1996 et décembre 1997 - juillet 1998, une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle suite à un important conflit familial. En décembre 1997, le père biologique et toxicomane de sa petite fille, a été tué au cours d'une rixe, par un trafiquant de drogue. La fille de l'assurée a été impliquée sur le plan juridique.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie anxio-dépressive est en rémission complète, et sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail n'est plus justifiée.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible à 100 % dans toute activité à son avis depuis fin 1998, date de l'amélioration de son état et de l'arrêt de la prise en charge psychiatrique.

13. Le 6 janvier 2005, la Dresse G\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'examen SMR confirmant celui de la Dresse F\_\_\_\_\_ et fixant une capacité de travail exigible de 100 % depuis fin 1998 dans toute activité.
14. Par décision du 4 février 2005, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée en mentionnant qu'une opposition n'aurait pas d'effet suspensif.
15. Le 14 mars 2005, l'assurée a fait opposition à cette décision.

Elle fait valoir qu'elle a été suivie de décembre 1995 à mars 1999 par le Dr A\_\_\_\_\_. Le traitement avait été interrompu pour des raisons financières. Depuis 1999 jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2005, elle avait été suivie par le Dr H\_\_\_\_\_, médecin-généraliste. En décembre 2003, elle avait eu des problèmes d'aphonie jusqu'en février 2004. Elle avait consulté le Service de psychiatrie des HUG qui avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique puis avait été suivie pendant une semaine par la polyclinique de médecine. Dès août 2004, elle avait été traitée par le Dr I\_\_\_\_\_ à la consultation des Pâquis, puis par le Dr J\_\_\_\_\_.

Le 16 décembre 2004, l'examen du SMR n'avait duré qu'une heure à une heure et demie, dans une atmosphère très tendue, la Dresse F\_\_\_\_\_ lui ayant d'entrée de cause dit que l'AI n'était "ni à vie ni un acte de bienfaisance".

Une communication inadéquate s'était instaurée et elle avait fortement ressenti une apparence de prévention. La Dresse F\_\_\_\_\_ n'avait pas contacté le Dr A\_\_\_\_\_. Le rapport contenait plusieurs erreurs dont :

- l'indication d'une fin de traitement avec le Dr A\_\_\_\_\_ en 1998, "date de l'amélioration de son état". En effet, le suivi avait eu lieu jusqu'en 1999 et avait cessé pour des raisons financières;
- la mention qu'elle n'avait plus de traitement médicamenteux psychotrope jusqu'en octobre 2004. En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ lui avait prescrit du Lexotanil, un anxiolytique, du Dalmadorm de 1999 à février 2005. Actuellement, elle prenait du Remeron et, si nécessaire, du Lexotanil;
- elle effectuait le ménage en plusieurs fois, ce qui n'était pas mentionné et ne nettoyait pas toute la salle de bain et toute la cuisine tous les jours;
- contrairement à ce que la Dresse F\_\_\_\_\_ mentionnait, elle ne s'occupait pas de ses quatre petits enfants et n'avait pas de petite fille de 4 ans, mais une de 9 ans.

Aucun médecin ne lui avait indiqué que sa maladie était en rémission totale, à l'exception de la Dresse F\_\_\_\_\_. Le rapport de celle-ci n'était pas probant car il contenait des contrevérités et le Dr A\_\_\_\_\_ n'avait pas été consulté. Les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ avaient posé, le 11 août 2004, le diagnostic d'état dépressif depuis 1996 et préconisaient la reprise d'une activité à temps partiel.

La Dresse F\_\_\_\_\_ n'indiquait pas en quoi ces avis n'étaient pas pertinents, de même qu'elle n'expliquait pas pourquoi l'épisode dépressif moyen de février 2004 n'était pas relevant.

Aucun test psychologique n'avait été pratiqué. On ne pouvait donner du crédit à une évaluation pauvrement motivée basée sur un court entretien pendant lequel une communication inadéquate s'était instaurée et sur une anamnèse erronée, avec de faibles investigations. Elle demandait qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

16. Le 18 février 2005, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté qu'il suivait l'assurée depuis 1999 pour un problème de dépression chronique et qu'elle prenait actuellement du Lexotanil et du Dalmadorm.
17. Le 11 mai 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 6 avril 2005.
18. Le 13 mai 2005, l'assurée a informé l'OCAI que suite à l'hospitalisation en urgence au département de psychiatrie des HUG de sa fille, elle était à nouveau, depuis le 6 avril 2005, suivie par le Dr A\_\_\_\_\_.
19. Le 3 octobre 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un épisode actuel moyen F 33.11, une personnalité immature F 60.8 et des difficultés liées à l'acculturation Z 60.3. Il suivait la patiente depuis le 2 janvier 1996.

20. Le 10 mars 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée avait été en traitement médico-psychiatrique du 2 janvier 1996 au 10 mars 1999. Le début du traitement de l'épisode actuel remontait au 3 mars 2005.
21. Le 23 mars 2006, le Dr K\_\_\_\_\_, médecine interne spécialiste FMH, médecin répondant au centre médical de Meyrin a diagnostiqué une fibromyalgie primaire, une cervicarthrose essentiellement C3-C4 et C5-C6, un syndrome lombovertebral chronique sur spondylarthrose multi étagée et troubles de la statique, un état anxio dépressif chronique et une hypothyroïdie substituée.
22. Le 19 mai 2006, le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical. Il suivait la patiente depuis le 14 novembre 2005. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif sévère (1990), une fibromyalgie primaire (2005) et une cervicarthrose C3-C4 et C5-C6 et sans répercussion sur la capacité de travail, une hypothyroïdie substituée. Dans l'anamnèse, il note un état dépressif sévère suite à un divorce compliqué en 1990 et le meurtre de son beau-fils en 1997. Il relève qu'actuellement, elle se plaint de troubles de la concentration, d'insomnies et d'un manque d'élan vital; elle signale également des périarthralgies multiples invalidantes et des rachialgies essentiellement des cervicalgies chroniques invalidantes. L'assurée était incapable de travailler. On pouvait exiger qu'elle exerce une autre activité "éventuellement surveillante" au plus tôt dès l'été 2006.
23. Par décision du 9 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée en disant que sur demande, une aide au placement pouvait lui être octroyée. L'OCAI relève que l'examen du 10 décembre 2004 n'avait pas permis de mettre en évidence une atteinte psychiatrique. Cette expertise revêtait pleine valeur probante dès lors qu'il s'agissait d'une étude minutieuse et objective de l'état de santé de la recourante, qui tenait compte de ses plaintes, décrivait dans le détail de l'anamnèse et qui s'appuyait sur différents avis médicaux. Aucun diagnostic n'avait pu être mis en évidence si bien qu'il n'y avait pas lieu d'admettre la présence d'une atteinte à la santé invalidante.

Cette expertise corroborait en outre les avis des médecins-traitants. Par ailleurs, aucun traitement n'était suivi depuis 1998. L'assurée pouvait, selon le Dr K\_\_\_\_\_, travailler à plein temps dans un poste adapté. Comme les revenus sans et avec invalidité devaient se fonder sur les salaires statistiques, - l'assurée n'ayant plus exercé d'activité lucrative depuis sa période de chômage en 1999, - le degré d'invalidité était d'au maximum 10 %, soit la déduction que l'on pouvait au mieux accorder à l'assurée sur le revenu avec invalidité.

24. Le 12 mars 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif et à

l'ordonnance d'une nouvelle expertise et, principalement, à l'annulation de la décision.

La suppression de l'effet suspensif au recours la plaçait dans une extrême précarité. L'intimé ne se prononçait pas sur les différents griefs soulevés dans son opposition. La Dresse F\_\_\_\_\_ n'avait pas consacré à la mission qui lui avait été confiée toute l'attention qu'elle nécessitait et avait présenté une prévention quasi obsessionnelle à son encontre. Il n'était pas soutenable de qualifier ce rapport d'étude minutieuse et objective. Par ailleurs, cet avis ne corroborait pas ceux des médecins-traitants car ceux-ci s'accordaient à dire que son état de santé était stationnaire.

25. Le 4 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours en constatant que l'assurée, qui devait s'attendre à une révision de sa rente, avait bénéficié d'une situation tout à fait avantageuse qui ne saurait aujourd'hui à l'évidence être maintenue, au vu des pièces médicales figurant au dossier.
26. Par arrêt incident du 4 juin 2007, le Tribunal de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours en relevant que les rapports médicaux divergents des Drs F\_\_\_\_\_, A\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ nécessitaient qu'une instruction complémentaire soit ordonnée.
27. A la demande du Tribunal de céans, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, médecins chefs de clinique au service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont répondu à une demande de renseignements.
  - Le 30 juillet 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé qu'il avait reçu la recourante les 11, 25 août et 3 septembre 2004 et que le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1. La recrudescence symptomatologique décrite anamnestiquement par la patiente remontait à deux mois avant la consultation. Son incapacité de travail lors des rendez-vous était de 100 % en raison du tableau clinique. Il avait ensuite adressé la patiente au Dr J\_\_\_\_\_.
  - Le 8 août 2007, le Dr J\_\_\_\_\_ a attesté que la recourante avait été suivie à la consultation Pâquis du 20 octobre 2004 au 18 mai 2005 et qu'elle avait ensuite été suivie par le Dr A\_\_\_\_\_. Le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et en mars 2005 aucun certificat d'arrêt de travail n'avait été effectué au vu de la stabilité clinique de la patiente, tout en précisant qu'aucun certificat d'arrêt de travail n'avait été rédigé jusqu'en février 2005, puis que la recourante était au bénéfice d'une rente d'invalidité et qu'en avril et mai 2005, le suivi n'avait pu être suffisant pour se prononcer sur la capacité de travail.

28. Le 14 septembre 2007, répondant à une demande de précisions du Tribunal de céans, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucun arrêt de travail n'avait été rédigé d'octobre 2004 à mars 2005 car la patiente était au bénéfice d'une rente d'invalidité. Par la suite, il n'avait pas retrouvé d'éléments suffisants sur la base de l'entretien du 23 mars 2005 pour rédiger un certificat d'arrêt de travail. Enfin, un traitement médicamenteux avait été prescrit et suivi par la patiente lors de son traitement à la consultation des Pâquis.
29. Le 18 septembre 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a répondu à un certain nombre de questions du Tribunal de céans. Il avait suivi la patiente de 1999 à 2004 et posé les diagnostics d'hypothyroïdisme et dépression chronique. La patiente avait pris de l'Eltroxine et du Lexotanil et avait été en incapacité de travail en raison d'une dépression chronique et d'un lumbago.
30. Le 5 octobre 2007, à la demande du Tribunal de céans, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté que le début de l'épisode actuel remontait au 3 mars 2005. Il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F 33.11. Personnalité immature F 60.8. Difficultés liées à l'acculturation Z 60.3. Hypothyroïdie E 01. La capacité de la patiente était actuellement très réduite et elle était très affectée par les vicissitudes graves de l'existence de ses filles. Le pronostic était très sombre avec évolution vers la chronicité.
31. Le 12 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr L\_\_\_\_\_ et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
32. Le 26 novembre 2007, l'intimé a estimé que le choix du Dr L\_\_\_\_\_ n'était pas judicieux car la recourante était suivie par le Dr J\_\_\_\_\_ du service de psychiatrie de Belle-Idée et que le Dr L\_\_\_\_\_ était chef de clinique de ce même service. Elle avait aussi été vue par le Dr I\_\_\_\_\_, collègue du Dr L\_\_\_\_\_. Il a en outre proposé des questions supplémentaires.
33. La recourante n'a pas formé d'observations.
34. Par ordonnance du 21 décembre 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr M\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
35. Le 3 mars 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur deux entretiens avec la recourante ainsi que des entretiens téléphoniques avec les Drs H\_\_\_\_\_, A\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Ce rapport est signé par lui-même et il est mentionné le nom de M. M\_\_\_\_\_, candidat médecin, absent pour la signature.

L'assurée souffrait depuis 1996 d'un trouble dépressif récurrent variant de moyen à sévère et ayant donné lieu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis janvier 1997. Le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ contenait des inexactitudes, des contradictions et des lacunes. Le caractère chronique et récidivant de la maladie dépressive ainsi que le traitement psychiatrique étaient ignorés de la Dresse F\_\_\_\_\_. L'assurée était tombée dans un état dépressif profond après la séparation avec son époux (1989) dont elle avait divorcé en 1994. Elle avait été gravement torturée lors de son incarcération sous le régime de Pinochet, au Chili, mais ne souhaitait pas aborder ces événements. L'assurée signalait des troubles de la mémoire, des angoisses entraînant des aphonies, une perte totale d'intérêt, de plaisir dans la vie, de la fatigue, de douleurs aux mains, aux genoux, à la colonne vertébrale. L'expert diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F33.2. La dépression était liée à un épuisement des ressources physiques de l'assurée qui avait connu une adolescence difficile et subi des actes de torture et de persécution dans son pays. Le départ de l'époux (1989) constituait l'événement de trop qu'elle n'avait pas pu surmonter. La clochardisation évoquée par le Dr A\_\_\_\_\_ semblait indiquer une péjoration de l'état dépressif avec perte de socialisation et désinvestissement toujours plus marqué pour sa propre personne. Elle était, à l'observation clinique, fortement dépressive, manquait d'élan vital, à bout de force, fatiguée, manquant de concentration, souffrant de trouble du sommeil et de perte de l'appétit. Elle vivait sans plaisir, de manière retirée, ralentie psychiquement et exprimait une forte détresse. Le trouble dépressif existait depuis la séparation en 1989 avec une incapacité à se réinsérer professionnellement et s'était aggravé début 2004 et début 2005 après une stabilisation dès octobre 1999. Le traitement antidépresseur était insuffisant mais, même augmenté, ne pouvait aboutir à une capacité de travail exploitable de l'assurée. Le pronostic était mauvais et même si une rémission de la maladie survenait elle serait partielle et trop précaire pour que l'on exige de l'expertisée qu'elle retravaille. Il n'était pas compréhensible que la Dresse F\_\_\_\_\_ puisse conclure en décembre 2004 à une rémission complète depuis 1998.

36. Le 28 mars 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel il était fort probable que lors de l'examen par la Dresse F\_\_\_\_\_ l'assurée était en rémission. Cependant, les conclusions concernant la capacité de travail faites par l'expert devaient être suivies. Il était enfin surprenant que l'expertise ait été faite par M. M\_\_\_\_\_, candidat médecin.
37. Le 7 avril 2008, l'intimé a transmis l'avis médical précité en s'y référant.
38. La recourante n'a pas formé d'observations.

39. A la demande du Tribunal de céans, le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé le 10 avril 2008 qu'il avait effectué personnellement l'expertise et que M. M\_\_\_\_\_, en stage à son cabinet, y avait participé.
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 21 décembre 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable au cas d'espèce et relevé que l'objet du litige portait sur le bien fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante.
2. 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).
3. 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).

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

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

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28

consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire du Dr M\_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels précités de telle manière qu'il revêt une pleine valeur probante. L'intimé a d'ailleurs adhéré à ses conclusions. Il n'est en outre pas valablement remis en cause par un autre avis médical au dossier, étant rappelé que le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, qui aboutit à une conclusion différente n'a pas de valeur probante pour les raisons exposées au considérant 12 de l'ordonnance d'expertise du 21 décembre 2007.

S'agissant enfin de la mention de M. M\_\_\_\_\_ au bas de l'expertise, l'expert a précisé que cette personne, stagiaire en son cabinet, avait uniquement participé à l'établissement de l'expertise, celle-ci ayant été entièrement menée par lui-même, de telle sorte que la remarque du SMR selon laquelle l'expertise avait été faite par un candidat médecin est erronée.

6. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expert selon lesquelles la recourante est en incapacité de travail totale, depuis de nombreuses années, de sorte qu'elle présente un degré d'invalidité de 100 %. La décision sur opposition de l'intimé du 9 février 2007 supprimant la rente d'invalidité entière de la recourante doit ainsi être annulée.
7. En principe, les frais d'une expertise judiciaire font partie des frais de procédure et vont à la charge de la caisse du tribunal; ceux-ci ne peuvent être mis à la charge d'une partie que si cette dernière agit de manière téméraire ou légère (arrêts du Tribunal fédéral des assurances M 6/96 du 9 juillet 1997, consid. 5 publié in: SVR 1998 MV n° 1 p. 1, U 184/94 du 11 décembre 1995, consid. 4 et les références). Le principe n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de la LPGA (Kieser, ATSG-Kommentar, n° 30 ad art. 61). Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir, en faisant preuve de l'attention normalement exigible, que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF du 6 juin 2007 I/1026/06).

En l'espèce, les imprécisions du rapport du 5 janvier 2005 de la Dresse F\_\_\_\_\_ mais aussi et surtout l'impossibilité de lui accorder une valeur probante en raison du fait qu'il comprend une irrégularité d'ordre formel entachant sa fiabilité, - comme cela a été jugé par le Tribunal fédéral - ont rendu nécessaire l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale, de sorte qu'il se justifie de mettre les frais d'expertise à la charge de l'administration. En effet, au-delà du 3 octobre 2007, date de l'arrêt (I 550/06) opposant une assurée à l'intimé et rappelant les principes fixés dans l'arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), l'intimé ne pouvait, sans faire preuve de témérité,

maintenir ses conclusions visant le rejet pur et simple du recours dès lors que la décision litigieuse supprimant la rente d'invalidité de la recourante ne reposait que sur le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 5 janvier 2005.

En conséquence, les frais d'expertise, au montant de 4'500 fr., seront mis à la charge de l'intimé.

8. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée, une indemnité de 2'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé et un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de celui-ci ainsi que les frais d'expertise au montant de 4'500 fr.

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 4 février 2005 et la décision sur opposition du 9 avril 2007 de l'intimé.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr.
5. Met à la charge de l'intimé un émolument de 500 fr.
6. Met à la charge de l'intimé les frais d'expertise au montant de 4'500 fr.
7. 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