REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2551/2007 **ATAS/107/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 30 janvier 2008

En la cause

Madame K_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri — recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine KOEPPEL et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame K_____, d'origine chinoise de Malaisie, est arrivée en Suisse en 1983 où elle a travaillé en dernier lieu dans une entreprise de gestion de fortune en tant que spécialiste des marchés asiatiques comme représentante d'un brooker asiatique pour un salaire mensuel de 18'500 fr. Elle a été licenciée avec effet au 30 septembre 2001.

2. Dans son rapport du 6 juillet 2001, la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA a attesté, à l'attention de l'assureur perte de gain de l'employeur, une incapacité de travail totale de l'intéressée en raison d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel et de lombalgies sur troubles statiques de la colonne vertébrale, à cause de problèmes au travail, mobbing et surmenage.

3. Dans le rapport du 10 septembre 2001 du Dr L_____, spécialiste en médecine interne, à l'assureur perte de gain de l'employeur, il est relevé que l'assurée a subi plusieurs harcèlements psychologiques dans son entreprise qui ont provoqué une exacerbation de douleurs au niveau lombaire suivie rapidement d'un état anxio-dépressif. De plus, elle a commencé à souffrir d'un problème de toxicomanie alcoolique et aux médicaments, pour lequel elle a consulté, d'elle-même, les alcooliques et narcotiques anonymes et bénéficié d'un suivi psychologique. Le Dr L_____ l'a décrite comme assez impulsive et agressive à l'endroit de son ancien employeur. Il a estimé ses plaintes objectivement justifiées et le traitement adéquat. L'incapacité de travail était fondée.

4. L'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique en date du 20 février 2002 par le Dr M_____. Il ressort notamment de ce rapport que l'assurée a pris contact avec un centre spécialisé dans la prise en charge de patients ayant subi un mobbing, qu'une fibromyalgie et une discopathie importante L5-S1 avaient été diagnostiquées par le Dr N_____ et qu'elle a été hospitalisée pendant trois semaines à la Clinique de Montana pour apprendre à vivre avec la fibromyalgie. Durant l'entretien avec l'expert, elle avait dû se lever toutes les deux à trois minutes, ne supportant pas la position assise, avait des attitudes assez démonstratives quant à ses douleurs des jambes, du rachis et au niveau de la tête, tout en exprimant avec authenticité son désespoir et sa tristesse. Elle ne présentait pas de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Selon l'expert,

> *"Cette patiente, de part son éducation rigide et autoritaire, a développé rapidement des traits obsessionnels compulsifs qui lui ont permis de construire une forte identité professionnelle. Elle présente des traits de personnalité limite avec des moyens de défense obsessionnels. Bien que la vie de sa famille soit décrite comme sans problème, elle l'a vécue comme très directive, ceci allant jusqu'au mariage arrangé par son père. Culturellement cette patiente n'avait pas d'autre solution que d'accepter,*

elle a donc certainement compensé une certaine frustration au sein de sa vie privée par un développement de son identité professionnelle."

L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a par ailleurs constaté que l'évolution des six derniers mois était bonne, de sorte qu'il a enjoint l'expertisée à envisager une reprise progressive de travail à 25 et 50 %, tout en relevant que le résultat de l'action en justice qu'elle avait entamée à l'encontre de son ancien employeur pourrait être un élément déclenchant une amorce vers la guérison, mais qu'il pourrait également renforcer un processus sinistrosique sous-jacent.

5. Dans son certificat médical du 4 mars 2002, le Dr N_____ a attesté un état dépressif grave et une fibromyalgie, lesquels ont été provoqués par un grand état de stress, une "surfatigue" nerveuse et des conditions de travail difficiles. La patiente souffrait toujours d'un grand état d'épuisement général, d'une fragilité nerveuse et de fortes douleurs polyarticulaires.

6. Par demande reçue le 18 mars 2002, l'intéressée a requis des prestations d'invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.

7. Dans son rapport du 7 juin 2002 à l'attention de l'OCAI, le Dr N_____ a confirmé ses diagnostics et a indiqué, dans l'annexe à son rapport, que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible ni aucune autre.

8. L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2002, par décision du 15 avril 2003.

9. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité, le Dr O_____, médecin traitant, a attesté le 19 mai 2005 que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, qu'elle présentait toujours un état dépressif persistant et souffrait de douleurs dans toutes les articulations, de sorte qu'elle ne pouvait pas retravailler. Il a par ailleurs fait état d'une instabilité de l'état physique et psychique qui ne permettait pas de faire des projets d'avenir.

10. Le Dr P_____, psychiatre et psychothérapeute de l'assurée, a attesté le 23 juin 2005 que l'état de santé de celle-ci était resté stationnaire, voire s'était aggravé pendant ces derniers mois, selon les dires de sa patiente, et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics psychiatriques. Elle ne l'avait cependant pas consulté entre le 1er octobre 2004 et le 17 juin 2005. Ses limitations consistaient dans des mouvements ralentis, une recherche constante de postures antalgiques, un discours dépressif et des idées noires, de sorte que le Dr P_____ estimait que sa capacité de travail était nulle dans toute activité lucrative, tout en relevant une bonne concordance entre l'examen clinique et les plaintes exprimées.

11. Selon l'expertise du Dr Q_____, psychiatre, du 27 mars 2007, effectuée à la demande de **l'**Office cantonal de l'assurance d'invalidité (ci-après : OCAI), l'assurée ne souffre d'aucune pathologie avec répercussion sur la capacité de travail et les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, et de syndrome douloureux somatoforme persistant n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a relevé l'absence d'événements évidents ayant pu interférer dans le processus normal de mise en place de la personnalité et d'éléments en faveur de la présence d'une fragilité psychique. Il n'a pas objectivé un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration. L'expertisée était plaintive et son comportement algique (elle déambulait à plusieurs reprises dans la pièce). Selon ses déclarations, l'intensité des douleurs pouvait varier d'un jour à l'autre, à tel point qu'il lui arrivait de ne pas pouvoir faire sa toilette ni même se lever. Elle se sentait inutile, avait honte vis-à-vis des autres, d'autant plus que, dans sa culture, le travail était une valeur fondamentale. Selon l'expert, la diminution de l'énergie était toutefois le reflet de la diminution de la mobilité réduite. Une réduction de l'énergie d'origine purement psychique ne se vérifiait pas à l'analyse du déroulement du quotidien (présence de plusieurs activités pendant la journée, tels que toilette, yoga, exercices physiques, banque, poste, rendez-vous, promenades dans le quartier, travail administratif, repas pris à l'extérieur, rencontres des Alcooliques et Narcotiques Anonymes, rencontres d'amis, télévision). L'assurée lui avait expliqué dans un premier temps qu'elle se sentait à même sur le plan intellectuel d'exercer son ancienne profession, puis s'était ravisée en lui téléphonant deux heures après l'entretien. Le Dr P_____ n'avait par ailleurs pas souhaité se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente. Sur le plan strictement psychiatrique, l'expert a considéré que sa capacité de travail était actuellement totale et qu'il s'agissait d'une condition durable, en l'absence de fluctuations significatives, même si l'assurée avait déclaré que son état psychique s'était plutôt aggravé. L'expert a en outre estimé que l'assurée ne présentait pas de co-morbidité psychiatrique invalidante au trouble somatoforme douloureux. Elle ne subissait pas non plus une perte d'intégration sociale et ne présentait pas d'affections corporelles chroniques pouvant expliquer l'ampleur des plaintes, en l'absence de troubles ostéo-articulaires significatifs et objectifs. Il convenait toutefois d'admettre que les traitements conformes aux règles de l'art s'étaient montrés inefficaces. Quant à la présence d'un état psychique cristallisé, l'expert a relevé que l'évaluation d'un tel état dépassait le cadre d'une expertise. Dans ces circonstances, il a conclu à une capacité de travail totale de l'assurée dans l'ancienne activité. Il est par ailleurs mentionné dans cette expertise que l'assurée est au bénéfice d'une rente privée de 8'000 fr. et qu'elle est endettée à raison de 50'000 fr.

12. Selon l'avis médical du 13 avril 2007 du Service médical régional AI de la Suisse romande (ci-après: SMR), l'expertise du Dr Q_____ établit avec certitude que l'assurée présente actuellement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

sans syndrome somatique, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant sans répercussion sur la capacité de travail. La date de l'amélioration est toutefois impossible à préciser. Il convient d'admettre au moins une capacité de travail totale dès le 26 mars 2007.

13. Le 18 avril 2007, l'OCAI a fait part à l'assurée de son projet de supprimer sa rente.

14. Par courrier du 24 mai 2007, l'assurée a demandé au Tribunal tutélaire sa mise sous curatelle volontaire de gestion, en mentionnant "J'ai tenté d'assumer ma situation sociale et financière jusqu'à présent, mais je dois désormais faire face à des problèmes sociaux que je n'arrive plus à gérer (projet de suspension de ma rente A.I. par l'Office Cantonal de l'A.I., retards de paiement, factures médicales impayées, etc)". Elle a également indiqué que son état de santé s'était dégradé depuis l'annonce du projet de suppression de sa rente.

15. Les Drs R_____ et S_____ du Service de psychiatrie adulte du centre de thérapie brève (CTB) Jonction ont certifié le 25 mai 2007 que l'assurée souffrait d'une maladie psychique qui l'empêchait de gérer ses affaires sociales et financières, tout en conservant sa capacité de discernement.

16. Par décision du même jour, l'OCAI a supprimé le droit à la rente d'invalidité entière dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision.

17. La recourante a fait l'objet d'un internement involontaire au Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en date du 26 mai 2007.

18. Selon le rapport du 26 juin 2007 de ce département, l'assurée a été hospitalisée en raison d'un abus médicamenteux à visée suicidaire. Elle avait augmenté depuis le début du mois de mai 2007 ses consommations de benzodiazépines et de traitements antalgiques à un point où elle se mettait gravement en danger. Le 10 mai 2007, elle s'était fracturé le poignet droit, probablement dans une chute suite à une consommation abusive de médicaments. Elle n'avait gardé aucun souvenir de cet accident. Deux semaines plus tard, elle était retrouvée chez elle par une amie, difficilement réveillable, et conduite aux urgences des HUG. Depuis son arrivée à l'hôpital, une anxiété massive était observée, laquelle empêchait la patiente de fonctionner. Elle était repliée sur elle-même, passait la majeure partie du temps couchée dans sa chambre et se plaignait de multiples douleurs. Il paraissait de plus en plus évident que le problème principal était un trouble anxieux qui se compliquait d'une symptomatologie dépressive et augmentait les douleurs.

19. Par acte du 28 juin 2007, l'assurée, représentée par son conseil, recourt contre la décision du 25 mai 2007 de l'OCAI, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, après l'audition de divers témoins. S'agissant de la restitution de l'effet suspensif, elle fait

valoir qu'elle est incapable de travailler et que l'aggravation de son état de santé est dûment attestée par les médecins et une amie, dont elle produit un courrier du 26 mai 2007 dans ce sens adressé au directeur des HUG. Elle allègue également que la privation de sa rente d'invalidité, et dès lors de la partie la plus substantielle de ses revenus, lui causerait sans conteste un dommage disproportionné par rapport à l'intérêt de l'intimé à l'immédiateté de l'exécution.

20. Dans sa détermination du 16 juillet 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Concernant l'effet suspensif, il fait valoir que les chances de succès du recours ne paraissent pas évidentes à première vue, la décision étant fondée sur l'expertise du Dr Q_____ que l'intimé qualifie de particulièrement fouillée et argumentée. La décompensation constitue un fait nouveau qui semble plutôt être réactionnel et ne permet pas de modifier l'appréciation de la capacité de travail. Dans ces conditions, l'intérêt de l'administration à l'exécution immédiate de la décision doit l'emporter sur celui de l'assurée à percevoir une rente durant la procédure.

21. Par arrêt incident du 25 juillet 2007, le Tribunal de céans déclare le recours recevable, rétablit l'effet suspensif et condamne l'intimé au paiement à la recourante d'une indemnité de 500 fr. à titre de dépens. Le recours de l'intimé contre cet arrêt est déclaré irrecevable, par arrêt du Tribunal fédéral du 23 octobre 2007.

22. Selon l'avis médical du 27 août 2007 du SMR, l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante constitue un événement nouveau qui n'infirme en rien les conclusions de l'expertise du Dr Q_____, dès lors que cette détérioration pourrait être réactionnelle à la décision de suppression de rente. Néanmoins, ce service admet qu'il existe une incapacité de travail totale depuis le 26 mai 2007 pour une durée encore indéterminée. Cependant, l'état de santé de la recourante n'étant visiblement pas stabilisé, il est prématuré de se prononcer sur sa capacité de travail à terme.

23. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut au rejet du recours.

24. Par écritures du 17 octobre 2007, le conseil de la recourante informe le Tribunal de céans que cette dernière fait l'objet d'un internement non volontaire à la Clinique psychiatrique des HUG depuis le 23 septembre 2007. Il produit copie du courrier que lui ont adressé le Pr T_____Y et la Dresse U_____ en date du 15 octobre 2007. Ces médecins y indiquent que, au début de l'hospitalisation, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques a été posé. Par la suite, la recourante a présenté un état mixte avec des moments d'accélération de la pensée, des incohérences du discours et des états d'extrême irritabilité qui, face à de petites frustrations peuvent déclencher des crises d'auto- et d'hétéro-agressivité. Ces épisodes alternent avec des moments de dépression importante. La patiente a été placée en milieu hypostimulant et fermé. Elle bénéficie d'un traitement médicamenteux avec un neuroleptique, un thymorégulateur, un hypnotique, un

anxiolytique et des antalgiques. Les médecins retiennent aujourd'hui un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. Ils certifient par ailleurs une incapacité de travail totale.

25. Par écritures du 8 novembre 2007, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il relève que s'il faut admettre que la recourante présente actuellement une totale incapacité de travail, cela ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise du Dr Q_____.

26. Le 13 novembre 2007, la recourante, par l'intermédiaire de son mandataire, transmet au Tribunal de céans l'ordonnance du Tribunal tutélaire du 1er novembre 2007, par laquelle celui-ci prononce sa curatelle volontaire.

27. Par courrier du 16 novembre 2007, le conseil de la recourante allègue notamment que la révision inconsidérée de la rente de celle-ci a eu des conséquences graves qui auraient pu être tragiques.

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

EN DROIT

1. L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail et justifiant ainsi la suppression de la rente d'invalidité qui lui a été accordée dès le 1er avril 2002.

2. 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). Enfin, il convient de préciser que 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; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce changement ne supprime tout ou partie de la rente que si on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même si le changement a déjà duré trois mois, sans interruption notable, pour autant qu'aucune complication prochaine ne soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

3. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

   L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement

sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

   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. Ainsi, lorsqu'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/ee).

7. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr Q_____ pour admettre une amélioration de l'état de santé. Selon cet expert, la recourante ne présentait plus qu'un trouble dépressif récurrent, épisode léger, et un syndrome douloureux somatoforme persistant au moment de l'expertise. Il a jugé que la symptomatologie dépressive ne diminuait pas la capacité de travail. Quant au second diagnostic, il ne remplissait pas les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître un caractère invalidant.

   Il convient toutefois d'admettre que le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33 dans la classification internationale des maladies CIM-10) implique la présence dans le passé d'au moins un épisode dépressif, léger, moyen ou sévère ayant persisté au moins deux semaines et séparé de l'épisode actuel par une période d'au

moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur (CIM-10, page 79). Ainsi, le Dr Q_____ reconnaît que la recourante présente un état de santé psychique fluctuant en posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Dans ces conditions, il paraît délicat d'admettre une stabilisation de l'état psychique et d'exclure une complication prochaine, tel que le prescrit l'art. 88 a al. 1 RAI.

En tout état de cause, les événements dès la décision de suppression de rente contredisent l'appréciation de l'expert, selon laquelle l'assurée présente durablement une capacité de travail totale et qu'il n'y a pas de fluctuation significative. En effet, depuis le mois de mai 2007, l'état psychique de la recourante est gravement décompensé, nécessitant son hospitalisation en unité fermée à l'hôpital psychiatrique.

Partant, il ne peut qu'être constaté que, en dépit des conclusions contraires du Dr Q_____, les atteintes à la santé psychique de la recourante ne se sont pas améliorées, de sorte que la suppression de la rente est injustifiée.

8. Une rente devrait en tout état de cause également être octroyée à la recourante en application de l'art. 88 a al. 2 RAI, selon lequel, si l'incapacité de gain s'aggrave, ce changement accroît le cas échéant le droit de l'assuré aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est applicable par analogie. Aux termes de cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, il est déduit de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1 LAI (une année), celle qui a précédé le premier octroi.

   En l'occurrence, l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis plus de trois mois. Par conséquent, en vertu des dispositions légales précitées, elle devrait être mise à nouveau au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, presque sans interruption dès la suppression de la rente.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis.

10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.

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

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Admet le recours.
2. Annule la décision du 25 mai 2007 de l'intimé.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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