REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/284/2006 **ATAS/1173/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 20 décembre 2006

En la cause

Madame C_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître UDRY Patrick	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après la recourante), née en 1961, a travaillé pour la société X_____ SA depuis 1989 comme opératrice dans différents départements de montage de montres. Elle est mère de trois enfants nés en 1994, 1996 et 2000.

2. Depuis le 1er août 2000, elle est en arrêt de travail en raison d'une fibromyalgie.

3. Le 29 mars 2001, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité en vue de l'octroi d'une rente.

4. Le Dr A_____, psychiatre, a procédé à une évaluation psychologique de l'assurée en date du 22 janvier 2001 pendant deux heures. Dans son rapport du 16 février 2001 adressé au Dr B_____, il a relevé qu'elle souffrait d'une fibromyalgie et présentait un état dépressif avec une irritabilité marquée pouvant déboucher sur des réactions disproportionnées. Une image de soi dévalorisée, le besoin conséquent de toujours aider les autres et l'épuisement en résultant entretenaient cet état dépressif. Une psychothérapie était indiquée pour une meilleure image de soi, la diminution de l'état dépressif avec sa composante d'irritabilité et une meilleure gestion des relations envers les autres, ainsi qu'une meilleure protection des enfants. Dans l'anamnèse personnelle, le Dr A_____ a mentionné le suicide d'une de ses sœurs à 17 ans dans des conditions dramatiques, lorsque l'assurée avait 8 ans. Cet évènement suscitait de vifs sentiments de culpabilité.

5. Dans son rapport du 10 avril 2001, le Dr B_____, rhumatologue et médecin traitant, a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif depuis 2000. L'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 2 avril 2000. Il a mentionné que la fibromyalgie était probablement le résultat de violences sexuelles endurées durant l'adolescence (double inceste). Elle était actuellement prise en charge par un psychologue et avait été vue par un psychiatre. L'évocation des incestes avait péjoré son état général et son évolution était imprévisible. Dans l'annexe à son rapport médical, ce médecin a mentionné que l'assurée était incapable de travailler dans toute activité et que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée.

6. Par prononcé du 7 novembre 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière dès le 1er août 2001.

7. Une procédure de révision de la rente d'invalidité a été initiée par l'OCAI en juillet 2004. Dans le cadre de celle-ci, le Dr B_____ a attesté, dans son rapport du 10 septembre 2004, que l'état de sa patiente était stationnaire. En tant que mesures thérapeutiques, il a indiqué antidépresseurs, kinésithérapie et AINS. Il a confirmé

les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif et estimé que la compliance était optimale. Il y avait en outre une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Par ailleurs, l'état physique et psychique rendaient impossible toute reprise.

8. A la demande de l'OCAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise par le Dr D_____. Dans son rapport du 16 avril 2005, l'expert a diagnostiqué une dysthymie, des difficultés dans les rapports avec le partenaire et un épuisement physique et psychique important, burn out (Z 73 dans CIM-10). Dans l'anamnèse personnelle et socioprofessionnelle, l'expert a relevé que l'assurée décrivait l'efficacité de son travail, ses capacités reconnues de pouvoir s'adapter très rapidement et très efficacement et les nombreuses félicitations qu'on lui avait faites, lorsqu'elle travaillait en tant qu'opératrice à l'entreprise X_____. Toutefois, des difficultés familiales perturbaient son état de santé au point qu'elle a dû arrêter de travailler en 2000. En effet, deux des enfants avaient des troubles du comportement importants, dont l'aîné assez graves (vols, comportements violents), et étaient suivis par le Service de la protection de la jeunesse et le Service médico-pédagogique depuis 2005. L'assurée était en outre séparée de son deuxième partenaire et père de ses enfants depuis 2005. Elle était très occupée à gérer ses trois enfants qui avaient de nombreuses difficultés: interventions scolaires, médicales et autres. Elle vivait dans l'anxiété permanente d'éventuels dérapages. Selon ses déclarations, son état physique était très limité par les douleurs qui apparaissaient surtout le matin, et qui l'empêchaient de se lever et de conduire ses enfants à l'école. C'est une voisine qui s'en chargait. Elle avait par ailleurs suivi pendant presque une année une psychothérapie chez une thérapeute dans le cabinet du Dr B_____. Le sommeil était décrit comme perturbé. Quant à sa vie sociale, elle existait à travers les membres de sa famille et quelques connaissances. Lorsqu'elle retournait au Maroc, elle se trouvait en excellent état, mais dès son retour à Genève, son état perturbé réapparaissait. Elle avait arrêté toute médication antidépresseur et prenait uniquement du Ponstan pour les douleurs et un somnifère le soir. Dans les constatations cliniques, l'expert a mentionné qu'il n'observait aucun véritable trouble dans la sphère neurocognitive, pas de problème de mémorisation, aucun problème d'attention ou de concentration. Il était perceptible à quel point l'expertisée était épuisée, énervée, tendue, mais non pas triste, ni ralentie, ni autrement inhibée dans son énergie vitale. Dans ses déclarations, elle était cohérente et crédible, sans aucune manipulation ou accentuation véritable. Il n'a par ailleurs pas constaté d'élément d'anxiété palpable. Lorsqu'elle parlait de certaines blessures et réminiscences (viol, maltraitance, harcèlement par son compagnon, etc.), elle était proche des larmes. Ses réactions et oscillations émotionnelles étaient toutefois en lien adéquat avec les thématiques et ne représentaient pas en soi une pathologie. Il n'y avait aucun élément en faveur d'un signe du registre psychotique ou du trouble du Moi. Selon l'expert, rien n'indiquait non plus un trouble de la personnalité, lors de l'examen dans son cabinet. Il admettait toutefois que cela

contrastait avec les notions du dossier et de son rhumatologue traitant. Selon le Dr D_____, "Il est fort possible qu'elle "pique des crises" à l'extérieur et en lien avec des situations d'énervement ou de surcharge mais là aussi, il semble plutôt s'agir d'une variante personnelle et culturelle de réagir dans une conflictualité." Il retient "l'impression d'une femme qui est extrêmement épuisée et surchargée par les facteurs psychosociaux et qui nécessite au fond une coupure sous forme de cure ou de distance à son contexte actuel." L'expert s'est également entretenu avec le Dr B_____, lequel a la vision d'une femme complètement incompétente avec ses enfants, ayant des troubles de la personnalité, des inadéquations majeures et des comportements du type maladif. Le Dr B_____ a donné à l'expert l'exemple des situations qu'il vit à proximité de son cabinet lorsqu'il voit l'assurée se bagarrer avec son compagnon, éclatant dans des crises bruyantes et interagissant avec ses enfants. L'expert a indiqué par ailleurs que l'assurée avait vécu un abus sexuel de la part de son oncle. Son ami et père de ses enfants avait une personnalité du type pervers avec tendance destructrice et divers comportements abusifs. Il avait fait preuve de violences corporelles, verbales et d'un comportement profiteur. Le conflit du couple a éclaté avec force entre 2000 et 2001, conduisant à un état dépressif et douloureux. Depuis la séparation, des problèmes de non paiement de pension alimentaire s'étaient ajoutés, ainsi que les troubles du comportement du fils aîné et les problèmes psychologiques du deuxième fils. Néanmoins, l'expert a estimé que le status psychiatrique était dépourvu d'une pathologie proprement dite et grave. Quant au tableau douloureux de la fibromyalgie, l'expert a noté qu'elle semblait produire certaines inhibitions essentiellement matinales. A l'examen clinique, il n'a cependant constaté aucune limitation. Il relève en outre :

> "Bien que cette assurée a enduré des sévices sexuels dans son enfance et subit d'autres humiliations dans sa vie, il ne semble pas indiqué de construire une chaîne de causalité entre ces éléments, un état dépressif et une invalidité. Les problèmes de l'enfance de ce type peuvent, selon notre expérience, tout à fait conditionner les réactions corporelles. Celles-ci consistent essentiellement en des contractions involontaires, mais son redéclenchables dans d'autres situations du type de tension. A notre avis, il s'est passé chez cette assurée exactement ceci: d'autres éléments stressants et de fortes tensions ont déclenché la symptomatologie douloureuse et le font encore maintenant.
>
> En somme, nous nous trouvons dans une situation très difficile et délicate en ce qui concerne les conclusions. On a attribué une rente à une femme qui se trouvait dans un problème d'adaptation et des problèmes de vie majeurs, mais elle est aujourd'hui améliorée. La rente attribuée est devenue un élément de sécurité et quasi thérapeutique dont la remise en question rend l'assurée très nerveuse."

Dans les conclusions, l'expert a poursuivi comme suit :

> "L'état actuel de l'assurée est précaire, surtout en lien avec le troisième diagnostic, et appelle l'intervention surtout sous forme d'une coupure ou cure. On pense pour cette personne non pas à une hospitalisation en milieu psychiatrique, mais à une cure thermale ou autre. (…)
>
> Pour déterminer la situation assécurologique, il y a d'abord le constat à faire que cette assurée est quasi à 150% employée "en tant que mère de ses enfants", assumant de nombreuses fonctions pour eux. Il ne lui reste donc objectivement et actuellement aucune marge pour un travail à l'extérieur."

Dans sa synthèse entre données psychiques et rhumatologiques, l'expert a déclaré que l'atteinte psychosomatique pourrait justifier une incapacité de travail de 50% dans l'activité antérieure.

9. Dans son rapport d'examen du 30 juin 2005, le Service médical régional de la suisse-romande (ci-après SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé une dysthymie et une fibromyalgie. Le Dr E_____ de ce service a jugé que le burn-out, même s'il influençait la capacité de travail, n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. La capacité de travail exigible était de 50%, puis de 100% après trois mois comme ouvrière d'usine dans l'horlogerie. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement subjectives. Les conditions psychosociales étaient probablement réunies jusqu'en 2004 pour maintenir la rente d'invalidité. Dès début 2005, l'état de santé s'était amélioré, en raison de la résolution des problèmes financiers de l'assurée liés au conflit conjugal. La fibromyalgie ne revêtait pas un caractère invalidant, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante et de retrait social.

10. Par décision du 25 juillet 2005, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le 1er jour du deuxième mois qui a suivi la notification de sa décision. Ce faisant, l'OCAI a considéré, sur la base de l'expertise du Dr D_____, que son état de santé s'était amélioré.

11. Par courrier du 10 août 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, en concluant à son annulation et en faisant valoir que son état de santé ne s'est nullement amélioré.

12. Dans son rapport du 17 octobre 2005, la Dresse F_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et des traits de la personnalité émotionnellement labile type impulsif (F 60.30). L'état de santé de l'assurée s'aggravait. Elle avait des troubles du sommeil avec cauchemars, insomnies, réveils précoces, asthénie, désespoir, fluctuation thymique avec irritabilité, des crises clastiques avec violence verbale et quelques fois physiques. Sa patiente se plaignait notamment de "corriger" ses enfants de façon excessive. Elle avait une grande difficulté à contrôler ses impulsions et éprouvait la sensation

d'être "dépassée" dans la gestion des affaires domestiques du quotidien et d'être incapable de maîtriser les évènements inattendus mais banals de son environnement. Dans les constatations objectives, la Dresse F_____ a relevé des cauchemars à thèmes de violence physique, des insomnies, des troubles d'endormissement, une irritabilité, une humeur labile, une sensation d'impuissance et de perte de maîtrise, une difficulté à contrôler les impulsions, un sentiments d'injustice, une culpabilité, un retrait social et une tristesse avec désespoir.

13. Par décision sur opposition du 12 décembre 2005, l'OCAI a rejeté celle-ci.

14. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée recourt contre cette décision, par acte du 27 janvier 2006, en concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale multidisciplinaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de cette décision, sous suite de dépens. Subsidiairement, l'assurée conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle relève que l'expertise n'a été établie que sur la base d'un seul entretien de trois heures et que celui-ci n'a porté que sur l'aspect psychique de son atteinte à la santé. Elle s'étonne dès lors que l'expert, sans avoir effectué un examen de son corps, arrive à la conclusion qu'elle ne souffre, sur le plan rhumatologique, d'aucune limitation. Elle estime dès lors que le rapport du Dr D_____ est incomplet et par conséquent dénué de valeur probante. Elle allègue en outre que si les conclusions des Drs A_____ et D_____ sont divergentes, la description des atteintes à sa santé, figurant dans les rapports de ces médecins, sont très semblables. Elle estime dès lors que l'on ne se trouve pas en présence d'une modification de son état de santé, mais uniquement d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, n'a pas changé. Par conséquent, elle fait valoir que les conditions d'une révision ne sont pas remplies.

15. A l'appui de son recours, la recourante produit le certificat médical du 26 janvier 2006 du Dr G_____, chirurgien. Ce médecin atteste avoir examiné pour la première fois la recourante en septembre 1995 pour un syndrome algique généralisé, accompagné de points de fibromyalgie positifs. Selon les déclarations de sa patiente, les douleurs se sont péjorées d'une façon très importante depuis environ six mois, et elle souffre également d'une insomnie suivie d'un état de fatigue intense. Le Dr G_____ pense que sa patiente est inapte à effectuer n'importe quel travail physique.

16. La recourante verse également à la procédure un certificat médical du 26 janvier 2006 du Service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) aux Pâquis, attestant qu'elle a été suivie au Centre de thérapies brèves du 17 novembre au 14 décembre 2005.

17. Dans sa détermination du 21 février 2006, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que la pathologie de la recourante est essentiellement psychique, dans la mesure où aucune pathologie rhumatologique objective n'a jamais été démontrée, ni

même évoquée par les médecins traitants. Or, sur le plan psychique, l'expert mandaté a constaté une amélioration de l'état de santé.

18. Le 25 mai 2006, la Dresse F_____ transmet au Tribunal de céans un rapport effectué par le Service de psychiatrie adulte aux Eaux-Vives, dans le but d'une évaluation diagnostique. Le Dr H_____, chef de clinique, et la psychologue, Madame I_____, informant la Dresse F_____ avoir reçu la recourante trois fois au programme Care entre le 10 et le 25 avril 2006 et confirment différents diagnostics à l'aide de questionnaires. Le Mini International Neuropsychatric Interview (MINI) met en évidence un trouble dépressif majeur actuel avec caractéristiques mélancoliques, et un risque suicidaire élevé, un trouble panique avec agoraphobie, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique et une anxiété généralisée. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) concerne la crainte de la recourante de pouvoir frapper quelqu'un malgré elle et aussi le fait d'éprouver le besoin impérieux de vérifier les choses, ce qui la gène de façon significative dans les activités quotidiennes et prend plus d'une heure par jour. L'état de stress post-traumatique est caractérisé et fait référence à des viols répétés de la part de son oncle entre l'âge de 15 et 25 ans. Le questionnaire SCID-II a confirmé le trouble de personnalité Borderline (8 réponses positives sur un total de 9). Celui-ci est accompagné de comportements auto-dommageables qui apparaissent lors d'envahissements émotionnels, tels que la colère. A ces moments, elle en vient à se taper la tête, crier, insulter, voire frapper des personnes. A cet égard, il est relevé que les diagnostics de dépression et d'état de stress post-traumatiques favorisent probablement le manque de contrôle qu'elle peut avoir pour gérer ses émotions.

19. A la même date, la Dresse F_____ informe le Tribunal de céans, à la demande de celui-ci, qu'elle suit la patiente depuis le printemps 2005, dans le cadre de la révision de sa rente d'invalidité. La symptomatologie dépressive s'est péjorée à la suite de la suppression de la rente. Selon ce médecin, elle souffre de plusieurs pathologies psychiatriques pouvant mettre en danger sa santé et celle d'autrui. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile a été confirmé par le Département psychiatrique des HUG, soit par le questionnaire SCID-II, étant précisé qu'un score de 5 suffit pour diagnostiquer ce trouble. L'aggravation de son état de santé a mobilisé les services sociaux et la protection de la jeunesse. Une expertise familiale est en cours, afin d'évaluer la capacité de la patiente à conserver la garde des enfants. La vulnérabilité émotionnelle associée à des conditions de vie précaires induit une récurrence de l'état dépressif, malgré un traitement adéquat par des antidépresseurs, des neuroleptiques sédatifs et des somnifères. La compliance est bonne.

20. Au cours de l'audience de comparution personnelle des parties du 21 juin 2006, la recourante a déclaré qu'une procédure était toujours pendante devant le Tribunal des tutelles et qu'il était question qu'un de ses enfants soit placé chez sa sœur. Elle a

déclaré son accord pour l'apport du dossier du Tribunal des tutelles. Elle n'a pas essayé de chercher du travail, car elle n'était pas en état de se présenter à un employeur, en raison de ses douleurs. Le matin, elle n'arrive pas à se lever avant 10 heures. Son fils de 10 ans prend en charge sa fille cadette et l'amène à l'école. Ses enfants rentrent manger à midi et, en fonction de son état, elle fait la cuisine ou leur sert des plats pré-cuisinés. Parfois, sa sœur vient également à midi pour faire à manger. En dehors de sa sœur, ses enfants et une copine dans l'immeuble, qui lui rend également des services et amène parfois sa fille à l'école, elle ne voit personne et ne sort jamais de la maison, sauf pour voir son médecin.

21. Dans un avis médical du 29 juin 2006, le SMR s'est déterminé sur l'appréciation médicale de la Dresse F_____. Il relève que la péjoration de la symptomatologie dépressive est réactionnelle à la suppression de la rente et que, selon l'expérience, un état dépressif réactionnel disparaît spontanément dans les douze mois. Il s'agit donc d'une péjoration très probablement temporaire. En outre, le SMR constate que la Dresse F_____ a diagnostiqué des traits de personnalité émotionnellement labile, mais non pas un trouble de la personnalité Borderline dont font état les HUG. De tels troubles apparaissent généralement à l'adolescence et n'entraînent pas d'incapacité de travail, à moins qu'ils ne soient gravement décompensés. Dans le cas de l'assurée, on pourrait affirmer que son trouble de la personnalité, en admettant ce diagnostic, ne l'a pas empêchée de travailler comme ouvrière dans l'horlogerie depuis 1999. Le Dr J_____ du SMR remarque aussi qu'un diagnostic psychiatrique ne peut en aucun cas se fonder sur des tests psychologiques. Ces derniers ne sont que des tentatives de quantifier l'importance du trouble diagnostiqué par l'entretien et l'observation d'un status psychiatrique. Le SMR estime par ailleurs que l'expertise du Dr D_____ revêt une valeur probante.

22. La recourante se détermine le 26 juillet 2006 sur le rapport de la Dresse F_____ et persiste dans ses conclusions. Sur la base de ce rapport, elle fait valoir que son état ne s'est pas amélioré.

23. Le 20 septembre 2006, le Tribunal de céans ordonne l'apport de la procédure pendante devant le Tribunal des tutelles concernant Mme C_____.

24. Par courrier du 10 octobre 2006, le Tribunal tutélaire refuse de communiquer au Tribunal de céans la procédure pendante au motif que les renseignements contenus dans les dossiers tutélaires sont confidentiels et qu'ils sont ouverts aux noms des enfants de la recourante et non pas au nom de celle-ci.

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

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. L'objet du litige est en l'occurrence de déterminer si l'état psychique de la recourante s'est amélioré depuis novembre 2001, date à laquelle une rente d'invalidité entière lui a été octroyée.

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. 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).

5. Aux termes de l'art. 4 LAI, 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. 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 ou d'une fibromyalgie 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 nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

7. S'agissant de facteurs psychosociaux ou socioculturels, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante.

   S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

9. a) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une première expertise médicale par le Dr A_____, lequel a diagnostiqué un état dépressif avec une irritabilité marquée. Ce médecin n'a cependant pas investigué un éventuel trouble de la personnalité.

   Dans son expertise du 16 avril 2005, le Dr D_____ ne retient plus un état dépressif, sur la base de l'observation de la recourante. Il écarte par ailleurs un trouble de la personnalité, en dépit des éléments anamnestiques et des observations du Dr B_____.

   Quant à la Dresse F_____, elle diagnostique des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, soit le diagnostic F60.3 selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles de comportement (CIM-10), ainsi qu'un état dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen. Ce médecin a par ailleurs envoyé la recourante au service de psychiatrie adulte, dans le

but d'une évaluation diagnostique. Les tests, auxquels la recourante a été soumise entre 10 et le 25 avril 2006, ont révélé un trouble dépressif majeur avec un risque suicidaire élevé, un trouble panique avec agoraphobie, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, une anxiété généralisée et un trouble de la personnalité borderline.

L'expertise du Dr D_____ paraît a priori très complet et semble satisfaire aux critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur la base de ce rapport, il peut être retenu que la recourante, au moment de l'expertise, ne présentait qu'une dysthymie. Il ne peut toutefois être exclu qu'elle présentait un état dépressif récurrent avec un épisode léger à ce moment. Suite à la suppression de la rente, l'euthymie de l'assurée s'est visiblement détériorée. Certes, il peut être admis que cette réaction ait été provoquée essentiellement par la révision du droit à la rente et que ces troubles s'amélioreront avec le temps, de sorte que l'expertise du Dr D_____ garde néanmoins sa valeur. Toutefois, en ce qui concerne le trouble de la personnalité, le rapport de celui-ci ne paraît guère convaincant. En effet, il fait abstraction de toutes les données anamnestiques, ainsi que des informations communiquées par le Dr B_____, qui est, il est vrai, le médecin traitant, mais dont ne saurait néanmoins ignorer la description détaillée du comportement de l'assurée observée en dehors de son cabinet. Le Tribunal de céans s'étonne par ailleurs de la façon dont a évalué l'expert les critères pour déterminer un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie. En effet, il exclut le critère de perturbations sévères. Or, l'assurée a fait preuve de comportements totalement inadéquats avec ses enfants. Par ailleurs, elle n'est aujourd'hui plus capable de travailler. A cela s'ajoutent un manque de maîtrise générale de ses émotions et la survenance de crises clastiques. L'expert n'a pas non plus retenu que le mode de comportement anormal est durable. Or, le Dr A_____ a déjà fait état d'un comportement inadéquat en 2001, de sorte que cet état dure depuis cinq ans, dès lors qu'il ne paraît pas, selon les données anamnestiques, qu'il se soit amélioré. Contrairement à l'expert, il y a lieu de retenir également, de l'avis du Tribunal de céans, que la recourante a un mode de comportement inadapté à des situations, comme le montrent ses relations avec ses enfants. L'expert a en outre considéré que le fonctionnement professionnel et social de l'assurée ne s'était pas dégradé, dans la mesure où elle s'occupait de ses enfants. Cette conclusion paraît très surprenante, alors même que la recourante ne travaille plus depuis 2001 et a des difficultés majeures avec l'éducation de ses enfants, au point que le Tribunal tutélaire est chargé d'une procédure les concernant.

L'expertise du Dr D_____ est contredite par la Dresse F_____, ainsi que le Dr H_____ et Mme K_____ du Service de psychiatrie adulte. Le SMR conteste cependant qu'un diagnostic psychiatrique puisse être fondé sur la passation de tests psychologiques. De l'avis de ce service, ceux-ci peuvent uniquement quantifier l'importance de troubles diagnostiqués par l'entretien et l'observation d'un status psychiatrique. Toutefois, en l'occurrence, la Dresse

F_____ avait précisément posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnelle labile, outre l'état dépressif. L'importance de ce trouble a été ensuite vérifiée et quantifiée par les médecins du Service de psychiatrie adulte, à l'aide de tests, lesquels ont démontré que ce trouble est en l'occurrence important (8 réponses positives sur un total de 9). Il ne saurait dès lors être retenu non plus qu'il s'agit en l'espèce seulement de "traits" de la personnalité labile, comme l'a déclaré au début la Dresse F_____. Un tel trouble est par ailleurs confirmé par les données anamnestiques qui ont démontré la tendance de la recourante aux éclats de colère et de violence, avec une incapacité de contrôler les comportements impulsifs qui en résultent, critère qui est mentionné dans la CIM-10 concernant le diagnostic de personnalité émotionnellement labile du type impulsif. A cela s'ajoute que l'anamnèse de la recourante fait état d'événements de la vie adverse majeurs, tels que de viols incestueux subis pendant 10 ans, qui doivent être considérés comme étant propres à provoquer un trouble de la personnalité. A l'évidence, ce trouble est actuellement décompensé, comme le montre l'incapacité ou du moins l'énorme difficulté de la recourante à s'occuper de ses enfants de façon adéquate. Il ne peut dès lors être admis avec le Dr D_____ qu'il s'agit en l'occurrence uniquement "d'une variante personnelle et culturelle de réagir dans une conflictualité". En effet, si cela était le cas, l'intervention du Tribunal tutélaire ne serait certainement pas nécessaire.

A cela s'ajoute que, selon les médecins du Service de psychiatrie adulte, l'assurée présente également un état de stress post-traumatique aux viols subis dans son adolescence, ainsi qu'un trouble obsessionnel compulsif.

Certes, en dépit de ses troubles, la recourant avait réussi à fonctionner et donné satisfaction dans son travail jusqu'en 2000. Cela ne saurait toutefois constituer un indice pour nier un trouble de la personnalité. En effet, ce genre d'atteinte psychique peut tout à fait être décompensée ultérieurement, lors de la survenance d'autres événements de la vie adverses, comme en l'espèce. Il appert ainsi que le trouble de la personnalité n'a pas permis à la recourante de faire face aux difficultés familiales majeures avec le père de ses enfants, ainsi que ces derniers. Enfin, il y a lieu de considérer que violences conjugales et graves troubles de comportement des enfants sont objectivement susceptibles de provoquer une dépression et la décompensation d'un trouble de la personnalité.

b) Se pose la question de savoir s'il est nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, dans la mesure où celle du Dr D_____ ne paraît pas convaincante sur des points importants. Toutefois, dans la mesure où la Dresse F_____ a posé des diagnostics clairs et que ceux-ci ont été confirmés par des médecins du service de psychiatrie pour adultes, il peut y être renoncé. En effet, ces derniers médecins ne sont pas à considérer comme des médecins traitants, dès lors qu'ils n'avaient pas un mandat de soin, mais uniquement d'évaluation diagnostique.

Par ailleurs, le Dr D_____ a constaté que la recourante était épuisée, énervée et tendue et qu'elle souffrait d'un burn-out. Certes, un état d'épuisement qui n'est pas dû à une maladie, mais à des circonstances de vie difficiles, ne peut être considéré comme une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Cependant, in casu cet état d'épuisement ajouté à d'autres difficultés, notamment matérielles du fait de la suppression de la rente, et à un trouble de la personnalité, ne peut avoir pour conséquence que la décompensation de l'état psychique et la survenance d'une dépression majeure durable.

c) Il est vrai que des facteurs psycho-sociaux sont largement responsables de la décompensation de l'état psychique de la recourante. Toutefois, il n'en demeure pas moins que celle-ci présente également une atteinte à la santé psychique objective, dès lors qu'un trouble de la personnalité doit être retenu, voire éventuellement d'autres diagnostics psychiatriques.

d) Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans tient pour établi que l'état psychique de la recourante ne s'est pas amélioré de façon notable.

10. Enfin, il convient également d'admettre que les critères jurisprudentiels permettant de conclure à un caractère invalidant de la fibromyalgie sont en l'occurrence remplis. A cet égard, il est à relever que, selon le rapport du Dr B_____ du 10 septembre 2004, l'état de sa patiente est stationnaire. Or, ce médecin avait évalué la capacité de travail de celle-ci en 2000 à 0%. Le rapport du Dr B_____ est en outre confirmé par le Dr G_____, lequel fait même état d'une aggravation des atteintes à la santé. Il estime également que la recourante est inapte à effectuer n'importe quel travail physique.

    La fibromyalgie est en l'espèce associée à une comorbidité psychique grave, soit un trouble de la personnalité émotionnelle labile. Ulrich MEYER admet en effet que les troubles de la personnalité et du comportement peuvent constituer des comorbidités psychiatriques notables. Il relève à cet égard que "L'argument selon lequel un assuré souffrant d'un trouble de la personnalité ou du comportement aurait travaillé pendant des années, ne permet pas en soi d'exclure une co-morbidité psychiatrique relevante. Dans un tel cas, il faut plutôt examiner, si le trouble de la personnalité ou du comportement s'est aggravé sous la pression du trouble somatoforme et ceci d'une telle manière que la personne concernée ne peut plus développer des stratégies pour vivre avec sa douleur" (La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances [notamment en matière de prestations d'invalidité], in Colloque IRAL de juin 2006 pas encore publié, p. 8).

11. Cela étant, la suppression de la rente n'était pas fondée, de sorte qu'il y a lieu d'admettre le recours.

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

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision du 12 décembre 2005 de l'intimé.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

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