REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4381/2006 **ATAS/1288/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 19 novembre 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François GILLIOZ	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Christine BULLIARD et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a travaillé de 1988 à 1990 en tant qu'employée de cafétéria à mi-temps, puis, de 1990 à 1991, comme aide de crèche.

2. Le 24 janvier 1992, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession en raison d'une atteinte neuropsychiatrique.

3. Dans un rapport du 13 mars 1992, le Dr A_____, psychiatre et psychothérapeute, a exposé que la patiente présentait un tableau de boulimie nerveuse existant depuis 1981 ainsi qu'une symptomatologie mixte sous forme d'attaques de panique parfois compliquées d'agoraphobie du début 1990 à la fin 1991, puis d'un état dépressif majeur, dès la mi-1991. Il a précisé que, dans ce contexte, elle était incapable de participer à une recherche d'emploi et que son état de santé psychologique l'avait rendue incapable de travailler à 100% dès le début août 1991. Il a ajouté qu'à la fin de l'automne 1991, alors que son état dépressif tendait à s'améliorer (disparition des attaques de panique et de l'agoraphobie), elle avait conservé une inhibition anxieuse massive en particulier à propos de la recherche d'un emploi non qualifié correspondant à son absence de diplôme et de formation professionnelle en développant une réaction phobique accompagnée d'une souffrance psychique évidente de type névrotique. Il a expliqué que le traitement consistait en psychothérapie et traitement médicamenteux depuis le 30 octobre 1989, enfin que l'incapacité de travail dans une activité non qualifiée était de 100% dès le 1er août 1991 et que des mesures professionnelles étaient indiquées à partir de l'été 1992. Il a considéré que la capacité de la patiente à rétablir, puis à maintenir une insertion socioprofessionnelle minimale, dépendait pour l'essentiel de symptômes névrotiques anxieux en relation avec son histoire personnelle et qu'à son avis, les initiatives de recherche d'emploi et de réinsertion étaient entravées ainsi que contrariées par une revendication sous-jacente, en grande partie inconsciente, à l'égard de ses parents. Il a conclu que la récupération par l'assurée, à la fois d'une capacité professionnelle et d'un équilibre psychique concomitant, passait indiscutablement par une forme de réhabilitation professionnelle.

4. Dans un rapport du 12 mai 1992, le Dr A_____ a exposé que l'évolution clinique de la patiente depuis son dernier rapport avec connu une certaine péjoration sur le plan de la thymie, avec exacerbation de l'état dépressif et de l'inhibition anxieuse, ce qui actuellement paraissait rendre inadéquat, voire contre-indiqué, un projet de réadaptation professionnelle. Il a estimé qu'il convenait de lui accorder une rente d'invalidité de 100% pour une période d'un à trois ans pendant laquelle elle devrait effectuer certaines démarches (une reprise progressive d'activités artistiques, artisanales et éventuellement para-éducatives) qui devraient

lui permettre de recouvrer progressivement un minimum de confiance en elle-même, un sentiment plus marqué de son identité et un début de reconnaissance par son entourage.

5. Par décision du 14 octobre 1992, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1er août 1992.

6. En mai 1994, l'OCAI a instauré une procédure de révision de la rente. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a répondu que son état de santé était toujours le même et qu'elle était sans activité lucrative. Dans un rapport du 3 juin 1994, le Dr A_____ a diagnostiqué, d'une part, une dépression majeure avec boulimie nerveuse, trouble panique et agoraphobie en rémission, d'autre part, une inhibition anxieuse d'origine névrotique. Il a indiqué que l'évolution clinique avait été globalement positive puisque la stabilisation de l'humeur avait permis l'arrêt du traitement médicamenteux mais que, de façon intermittente, des épisodes de boulimie étaient réapparus. Il a précisé que, sur le plan professionnel, l'inhibition anxieuse rendait actuellement non envisageable toute activité professionnelle. Il a estimé qu'à terme, la reprise d'un travail, au moins à temps partiel, pourrait être envisagée dans un domaine artistique.

7. Par prononcé du 8 novembre 1994, l'OCAI a informé l'assurée du maintien de sa rente.

8. En juin 1998, l'OCAI a initié une nouvelle procédure de révision de rente. Dans le questionnaire du 15 juin 1998, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'elle se trouvait sans activité lucrative. Dans un rapport du 29 juin 1998, le Dr A_____ a diagnostiqué, d'une part, un trouble dysthymique en rémission partielle, d'autre part, une boulimie nerveuse et un trouble panique en rémission, avec des traits agoraphobiques. Il a confirmé l'existence d'une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée.

9. Le 17 juillet 1998, l'OCAI a communiqué à l'assurée que son droit à la rente persistait dans la même mesure que jusqu'ici.

10. En janvier 2003, l'OCAI a mis en œuvre une nouvelle procédure de révision de rente. Dans le questionnaire du 31 janvier 2003, l'assurée a exposé que son état santé était toujours le même et qu'elle était sans activité lucrative. Elle a précisé qu'elle envisageait d'entreprendre une activité à 30% et qu'elle était dans l'attente d'un rendez-vous avec son médecin.

11. Dans un rapport du 20 mars 2003, la Dresse B_____, cheffe de la Clinique d'accueil et d'urgence psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué un trouble dysthymique (F. 34.1), une boulimie (F. 50.2), un trouble panique en rémission avec trait agoraphobique entraînant une incapacité de travail de 70% dès le 1er mars 2003 et pour une durée indéterminée. Elle a

observé que l'évolution clinique avait été légèrement positive. Elle a expliqué que, depuis octobre 2002, la patiente avait constaté à nouveau une certaine tristesse, asthénie, irritabilité et insomnie raison pour laquelle elle avait consulté le Dr C_____ qui avait remplacé le Dr A_____ et qui avait instauré un traitement médicamenteux dès décembre 2002. Elle a ajouté que, depuis la reprise du traitement, l'assurée se sentait nettement mieux mais qu'elle avait recommencé à faire des crises de boulimie bien qu'actuellement, elle se sentait prête à reprendre une activité professionnelle à 30%. Elle a précisé que la patiente demandait elle-même une réduction de sa rente d'invalidité afin d'exercer une activité professionnelle à 30% même si elle était très ambivalente vis-à-vis de sa capacité réelle de travail.

12. Le 5 mai 2003, l'OCAI a communiqué à l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente d'invalidité dès lors qu'une reprise d'activité à 30% comme elle le souhaitait ne modifiait pas son droit à une rente entière.

13. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 29 juin 2004, l'assurée a mentionné que son état de santé était toujours le même, qu'elle était salariée de l'Association ESPACE 360 dans un poste à la coordination et à l'accueil exercé à raison de 30%. Elle a précisé que son médecin était le Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute.

14. Le 22 juillet 2004, l'employeur a indiqué que le contrat de travail avait débuté le 1er avril 2003 pour une activité exercée à raison de quatre heures par jour et trois jours par semaine moyennant un salaire annuel de 15'600 fr.

15. Dans un rapport du 14 juillet 2004, le Dr D_____ a exposé qu'après une aggravation transitoire du 15 mars au 23 mai 2004 avec incapacité de travail de 100% due à une péjoration de son état dépressif, l'état de santé de la patiente était désormais stationnaire et qu'elle travaillait à 50%. Il a précisé qu'il n'observait pas de limitations fonctionnelles.

16. Le 24 août 2005, le Dr D_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente et de changements dans les diagnostics. Il a mentionné une rémission du syndrome de bulimia nervosa depuis le début 2005. Il a également indiqué une stabilisation du trouble de l'humeur, mais une aggravation du syndrome fibromyalgique. À titre de limitations fonctionnelles, il a observé 70% de limitation en tant que coordinatrice pôle social en raison du travail sur écran, des loisirs, des relations sociales et de la fatigabilité. Il a estimé qu'à moyen ou long terme, on pouvait envisager une formation et un emploi à au moins 50%. Dans son complément du même jour, il a précisé que, dans son précédent rapport, il avait commis une erreur quant au taux d'activité de la patiente qui était bien de 30% car elle était toujours limitée dans sa capacité de travail et effectuait parfois avec

difficultés son activité de coordinatrice sociale, même si, à d'autres moments, elle était à même d'en faire plus.

17. Dans une note du 30 août 2005, le Dr E_____, généraliste et médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que sa capacité de travail pouvait atteindre 50%.

18. Par décision du 11 octobre 2005, l'OCAI a supprimé la rente entière d'invalidité et l'a remplacée par une demi-rente dès le 1er décembre 2005. Il a également retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

19. Dans un rapport du 19 octobre 2005, le Dr D_____ a indiqué que sa patiente devait renoncer à son activité de coordinatrice sociale en raison de la limitation de ses capacités, mais qu'elle allait conserver une activité bénévole plus adaptée. Il a mentionné une grande fatigabilité avec un trouble anxieux et une humeur dépressive, de fortes algies aux insertions musculaires avec des céphalées. Il a expliqué que le désordre alimentaire s'était amélioré sans exercer d'influence suffisante sur les capacités d'attention de la patiente, laquelle ne pouvait pas exercer une activité sociale plus de deux heures d'affilée. Il a souhaité qu'une formation professionnelle adaptée soit envisagée sérieusement dans le cadre de l'assurance-invalidité.

20. Le 31 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à la décision du 11 octobre 2005 en requérant préalablement la restitution de l'effet suspensif. Elle a contesté que sa capacité de gain ait augmentée à 50% en se référant aux divers rapports du Dr D_____.

21. Sur demande du Dr E_____, le Dr D_____ a précisé, dans un rapport du 21 décembre 2005, que sa patiente était atteinte tant d'un syndrome douloureux chronique que d'une dépression récurrente qui ne lui permettaient pas d'effectuer une activité rémunérée à un taux supérieur à 30%, enfin d'un trouble boulimique en rémission. Il a expliqué que l'assuré avait des compétences dans le domaine psychosocial et que, depuis plusieurs années, elle effectuait une activité de groupe à titre bénévole dans laquelle ses compétences étaient largement reconnues à tel point que son rôle, devenu central au sein de l'association, l'avait beaucoup chargée et qu'elle ne pouvait plus assumer le poste de coordinatrice sociale en raison des sollicitations trop fortes pour son état de santé. Il a précisé qu'elle envisageait de suivre une formation en cours d'emploi avec les universités de Genève et Lausanne à raison de 32 jours de cours par an tout en conservant une activité à 20% au sein de l'association.

22. Dans un avis médical du 6 février 2006, le Dr E_____ a relevé que les troubles sévères justifiant l'incapacité de travail n'étaient plus présents et a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était modifié puisqu'il s'agissait désormais d'un syndrome douloureux avec dépression récurrente. Il a observé qu'il n'y avait ni

autre pathologie psychiatrique, ni affection somatique, qu'une amélioration était possible selon le médecin traitant, qu'il n'y avait pas de handicap dans toutes les manifestations de la vie et que, dès lors, ce trouble douloureux n'avait pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité.

23. Par décision incidente sur opposition du 17 février 2006, l'OCAI a refusé la restitution de l'effet suspensif et a réservé le fond. Il a considéré que, sur la base du dossier, notamment de l'avis médical du SMR, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'il était compatible avec l'exercice de l'activité de coordinatrice à mi-temps, de sorte que l'octroi d'une rente entière ne se justifiait manifestement plus. Il a précisé que l'ensemble des arguments évoqués dans le cadre de la procédure sur opposition seraient néanmoins examinés sur le fond du litige et qu'une décision serait rendue ultérieurement.

24. Dans un rapport du 23 février 2006, le Dr D_____ a signalé que l'état clinique de sa patiente s'était considérablement détérioré depuis la fin de l'année 2005, tant sur les plans physique que psychique, en raison d'une plus grande précarité engendrée par la révision de sa rente et de sa démission de son activité de coordinatrice pour des raisons d'épuisement moral. Il a fait état, depuis Noël, d'une recrudescence de myalgies, d'une dépression, d'insomnies et d'angines-pharyngites à répétition. Il a également mentionné la réapparition de troubles alimentaires. Il a demandé à l'OCAI de réexaminer la situation très rapidement afin de rétablir le minimum vital.

25. Le 22 mars 2006, l'assurée a recouru contre la décision incidente du 17 février 2006 devant le Tribunal de céans. Elle a conclu à la restitution de l'effet suspensif, respectivement à la reprise du versement de la rente entière dès décembre 2005. Elle a annexé à son écriture une attestation de son employeur datée du 23 février 2006 et précisant que, depuis le 1er janvier 2006, son taux d'activité avait passé à 20% pour un salaire mensuel de 881 fr. 20. Elle a estimé qu'au regard de sa situation financière, ses intérêts vitaux étaient mis en danger.

26. Le 20 avril 2006, l'OCAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr F_____, psychiatre et psychothérapeute.

27. Par arrêt du 4 mai 2006, le Tribunal a admis le recours et a condamné l'OCAI à reprendre le versement de la rente entière. Il a estimé que l'amélioration signalée par le médecin traitant n'était que provisoire de sorte qu'on pouvait douter, prima facie, du bien-fondé du maintien de la décision litigieuse.

28. Le 17 mai 2006, l'OCAI a déposé un recours de droit administratif contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA).

29. Dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2006, le Dr F_____ a diagnostiqué une dysthymie (F. 34.1), d'autres troubles anxieux (hystérie d'angoisse, F 41.8), une

neurasthénie (F. 48.0) Il n'a constaté, selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après : CIM-10), ni critère pour un état dépressif, ni critère suffisant pour affirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'a pas mis en évidence de symptômes du registre psychotique, ni d'indices pour un trouble de la personnalité au sens clinique du terme. Il a exposé que l'anamnèse montrait une personne ayant des contacts sociaux, des centres d'intérêt, des aptitudes multiples alors qu'elle s'était conditionnée dans une image d'invalidité majeure. Il a considéré que si l'on admettait des problèmes de fibromyalgie, de tension et de dysthymie, il n'en résultait qu'une incapacité de travail mineure. Il a estimé que, sur le plan assécurologique, il découlait de ces constatations et diagnostics, au grand maximum, une incapacité de travail de l'ordre de 25% dans la mesure où les troubles intervenaient légèrement sur la capacité de résistance au stress, la concentration et l'aptitude d'adaptation. Il a relevé qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât toute activité accessible à sa formation et à son expérience.

30. Par courrier du 16 août 2006, l'OCAI a informé l'assurée des conclusions du Dr F_____ et l'a avertie que s'il devait statuer sur son opposition, le droit à une demi-rente serait remis en cause. Il lui a accordé un délai de réflexion pour s'exprimer sur le rapport d'expertise ou retirer son opposition.

31. Le 31 août 2006, l'assurée a maintenu son opposition estimant que les faits de la cause ne permettaient pas à l'OCAI de procéder à une reformatio in peius.

32. Par arrêt du 19 septembre 2006, le TFA a admis le recours de l'OCAI et a annulé l'arrêt du Tribunal du 4 mai 2006. Il a admis que l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire le montant de ses prestations, même à titre provisoire, l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente en cas d'invalidité durant la durée de la procédure.

33. Le 25 septembre 2006, l'assurée a fait état de toute une série d'erreurs commises par le Dr F_____, à savoir le nom de son employeur, le but social de l'association, son taux d'occupation, sa situation sentimentale, ses connaissances des langues, ses loisirs, la fréquence de ses cauchemars, l'absence de mention de son asthme. Elle lui a également reproché une lecture très partielle des divers rapports médicaux et une erreur de diagnostic en tant qu'il ne retenait pas de phobie spécifique. Elle a également prétendu que l'expert avait procédé à toute une série de constatations qu'aucun indice dans le dossier ne corroborait. Elle a rejeté l'intégralité des conclusions de l'expert étant donné que les prémisses sur lesquels il s'était fondé étaient contraires aux faits de la cause.

34. Dans un avis médical du 2 octobre 2006, le Dr E_____ a estimé que l'atteinte à la santé ne justifiait plus d'incapacité totale de travail et qu'en comptant largement, vu le peu de gravité des troubles, l'incapacité de travail ne dépassait pas

25%. Il a précisé que la capacité de travail existait très certainement depuis le début 2005 puisqu'à cette époque l'assurée souhaitait reprendre une formation.

35. Par décision sur opposition du 23 octobre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition et a constaté que l'assurée ne présentait pas d'invalidité suffisante pour maintenir la rente. En conséquence, il a réformé la décision du 11 octobre 2005 en tant qu'elle octroyait une demi-rente d'invalidité et a supprimé le versement de cette rente dès le 1er décembre 2006. Il a estimé que le rapport d'expertise remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître pleine valeur probante de sorte qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter. Enfin, il a considéré que le degré d'incapacité de travail de 25% se confondait avec celui de son invalidité puisqu'elle était à même d'exercer les activités pratiquées jusqu'ici.

36. Par acte du 23 novembre 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal. Elle conclut, principalement, au maintien d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. À l'appui de ses conclusions, elle renvoie à ses écritures précédentes, notamment à ses observations adressées au Tribunal fédéral des assurances sociales. Elle relève que, dans sa décision sur opposition, l'intimé n'a pas discuté les arguments qu'elle avait formulés à l'encontre de la présentation des faits de la cause par l'expert. En outre, elle se réfère à l'opinion de son médecin traitant. Enfin, elle invoque le caractère expéditif et sommaire de l'anamnèse établie par l'expert et souligne que l'intimé n'a donné aucune suite à ses propositions de se soumettre à d'autres expertises.

37. Dans sa réponse du 10 janvier 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et a renvoyé le Tribunal à la motivation contenue dans sa décision sur opposition.

38. Le 18 janvier 2007, la recourante a produit dans la procédure un rapport du Dr D_____ daté du 5 décembre 2006. Le médecin traitant a indiqué que le trouble dépressif majeur avait débuté il y a plusieurs années déjà et qu'il ne s'était pas amendé progressivement malgré les divers traitements. Il a estimé qu'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, affectait la santé de la recourante et que la symptomatologie demeurait inchangée. Il a relevé que les affections corporelles chroniques n'apparaissaient nullement exagérées par le sujet. Il a précisé que la patiente avait été confrontée à une perte d'intégration sociale en tant qu'elle avait dû diminuer son taux d'activité professionnelle et accepter une disqualification de ses tâches en raison de ses états de fatigue récurrents et d'une perte de concentration. Il a fait état d'une péjoration progressive de la thymie de la patiente. Enfin, il a estimé que l'état dépressif se chronifiait de sorte que sa capacité de gain était de 30%.

39. Le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 6 mars 2007. Lors de cette audience, la recourante a déclaré : "Je suis membre fondatrice avec d'autres personnes de l'Association 360, née en 1998. J'ai tout

d'abord travaillé 5 années comme bénévole, puis nous avons pu créer une structure professionnelle permettant de défrayer les membres qui y travaillent. Pour ma part, mon activité actuelle est de 20% depuis janvier 2006, je suis responsable du secteur des personnes transgenres. Le but de l'association est la représentation et la défense des personnes qui ont une sexualité hors normes. J'étais à 30% depuis le début, mais rémunérée à ce taux depuis le 1er avril 2003 jusqu'à fin 2005. Je travaille deux demi-journées par semaine, mes horaires et mon taux d'activité sont décidés par le comité. Je n'ai jamais travaillé à plus de 30%. Il est exact que je souhaitais reprendre une formation, en accord avec mon médecin, de façon à me permettre d'augmenter mon taux d'activité professionnel, si possible. Il s'agit d'une formation à l'université, en Sciences de l'éducation, qui se dispense sur une année. Il s'agit d'une formation continue, les cours ont lieu en principe à raison de deux jours par semaine en fin de semaine, mais il y a des semaines sans cours. Il me semble qu'il y a 32 jours de cours en tout. Il n'y a pas d'examen, mais la validation d'un travail de recherche sur toute l'année. Cela conduit à un certificat en accompagnement et guidance, sexualité, vie affective et procréation. S'agissant de l'expertise du Dr F_____, je maintiens mes critiques. En résumé, je la trouve un peu légère, il y a de multiples erreurs concernant par exemple ma vie privée et l'activité que je déploie auprès de l'association. Le Dr. F_____ n'a pas tenu compte de plaintes somatologiques. Je souffre essentiellement d'une fibromyalgie, diagnostic que mon rhumatologue a confirmé récemment, la Dresse G_____. (…). Pour moi l'évaluation de mon état de santé est incomplète puisque seul l'aspect psychiatrique a été investigué. Je souhaite pouvoir produire un rapport de la rhumatologue.

Sur quoi, le Tribunal a accordé un délai à la recourante pour fournir un rapport complet de la Dresse G_____, rhumatologue.

40. Le 22 mars 2007, la recourante a produit dans la procédure deux rapports médicaux, l'un de la Dresse G_____ du 15 mars 2006 (recte : 2007) et l'autre du Dr D_____ daté du 20 mars 2007. Dans son rapport, la Dresse G_____ a exposé que, de longue date, la patiente présentait des douleurs constantes mal systématisées, périarticulaires, touchant les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que des cervicalgies prédominant à droite accompagnées de brachialgies avec irradiation dans la main droite, derrière l'oreille et sur le visage. Elle a précisé que l'assurée avait vu le Dr H_____, il y a plusieurs années, qui avait diagnostiqué une fibromyalgie. Elle a ajouté qu'elle était suivie pour un état dépressif ainsi que des troubles du comportement alimentaire par le Dr D_____, enfin, par le Dr I_____ pour un asthme actuellement bien équilibré. Elle a estimé que si la patiente pouvait continuer son travail actuel au même taux jusqu'à la fin de sa formation professionnelle, elle pourrait à terme continuer à travailler à 50% au maximum dans le même poste. Elle a estimé qu'un taux plus élevé lui paraissait illusoire dès lors que la patiente avait actuellement de la peine à combiner son travail à 20% et ses activités ménagères au vu des douleurs et de la fatigue engendrées par la fibromyalgie. Dans son rapport, le Dr

D_____ a mentionné un trouble anxieux chronique invalidant avec, en comorbidité, une grande vulnérabilité à des épisodes dépressifs. Il a précisé que la patiente présentait une série de troubles corrélés récurrents tels que bulimia nervosa, attaques de panique, syndrome obsessionnel et phobies qui, pris isolément, ne représentaient qu'un handicap léger, mais que l'ensemble du tableau, auquel il fallait ajouter un syndrome nocturne des jambes sans repos avec mouvements périodiques apparu plus récemment ainsi qu'une fibromyalgie, signait une évolution morbide chronique qui assombrissait le pronostic. Il a estimé qu'au mieux la patiente était apte à exercer une activité à 50%.

41. Dans sa détermination du 19 avril 2007, l'intimé a estimé que ces rapports médicaux n'apportaient aucun élément nouveau ou pertinent qu'il n'aurait pas déjà été pris en considération. Il a persisté dans ses conclusions et a produit un rapport du Dr E_____ du 6 février 2007 dans lequel celui-ci a noté que la gravité du trouble dépressif majeur n'était pas précisée. Il a expliqué que, lorsque le trouble dépressif présentait une certaine gravité, il était accompagné d'une baisse de la thymie et de troubles cognitifs ce qui n'était pas le cas chez la recourante au vu de ses écritures attestant des fonctions intellectuelles intactes. Il a considéré que rien dans le rapport du Dr D_____ ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expert.

42. Le 20 avril 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause à juger.

43. Toutefois, par ordonnance du 23 mai 2007, le Tribunal de céans a repris l'instruction du dossier, ordonné l'ouverture des enquêtes, et procéder à l'audition simultanée des Dr J_____ et F_____, à l'audience du 25 septembre 2007.
44. À cette occasion, le médecin psychiatre et l'expert psychiatre ont déclaré ce qui suit:

Dr Christian D_____: Vous me donnez lecture des diagnostics retenus par l'expert-psychiatre. Sur question j'indique qu'ils regroupent effectivement les diagnostics que j'ai posés entre août 2005 et le printemps 2007. J'explique que ma patiente souffre de troubles qui ont évolué dans le temps, certains s'amendant, d'autres survenant, pour ces derniers il s'agit essentiellement des troubles algiques. Sur ce point je pose le diagnostic de troubles somatoformes douloureux (TSD).

Dr F_____: Pour ma part après examen des critères posés par le TFA, j'ai exclu un tel diagnostic, en particulier en raison de l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave. Le substrat rhumatologique à l'époque de l'expertise n'était pas non plus suffisant mais je précise que la patiente a consulté la rhumatologue postérieurement à mon expertise.

Dr D_____: Sur question j'indique que pour moi il y a une comorbidité psychiatrique de modérée à sévère, en effet elle fluctue avec les années, plus précisément la variabilité de l'état psychique a des conséquences directes sur le fonctionnement de ma patiente, or il m'est difficile de dire ce qui fait varier l'état psychique. Je suis d'accord sur le fait qu'il s'agit d'une dysthymie au sens de la CIM.

Dr F_____, Dr D_____: S'agissant d'erreurs dans l'anamnèse figurant dans l'expertise nous pouvons confirmer de concert qu'une erreur relative au nom de l'employeur, à son but social, aux langues parlées ou comprises, à la fréquence des cauchemars, à la qualification de la relation amoureuse et sexuelle de la patiente n'a pas d'effet significatif s'agissant de fixer sa capacité résiduelle de travail.

Dr D_____: S'agissant de la capacité de travail, j'ai la même appréciation que la rhumatologue. Je considère que l'énorme fatigue quotidienne, l'humeur dépressive fluctuante et les douleurs physiques empêchent ma patiente de travailler à plus de 50%, elle a déjà de la peine avec les tâches quotidiennes, selon les jours.

Dr F_____: Pour ma part, en tant qu'expert, je dois fixer le taux de capacité de travail exigible de la recourante. Sur la base du tableau clinique, et d'une lecture diagonale de l'ensemble du dossier, j'arrive à la constatation que la capacité de travail est préservée à 75% et que des éléments non médicaux participent à l'appréciation de sa capacité de travail par la patiente. Je considère qu'elle a été constamment protégée par ses médecins. On peut rappeler par exemple que le Dr A_____ préconisait des mesures professionnelles, et a proposé également à l'AI d'accorder une rente thérapeutique, sur quelques années, dans l'idée que cela aiderait la patiente, alors que le contraire s'est produit.

Dr D_____: Je suis d'accord avec cette dernière affirmation. J'ai moi-même eu toujours comme axe thérapeutique le développement professionnel de ma patiente. Elle a entrepris une formation continue à l'université à ses frais en 2006 mais j'observe qu'entre la demande initiale de mesures professionnelles initiée par le Dr A_____ et que j'ai moi-même soutenue, plus de sept ans se sont écoulés. Il est clair que ma patiente a des compétences, mais pour lui assurer un avenir il est nécessaire de les asseoir, de les valider par une formation, sans cela elle est dans un état précaire, condamnée à dépendre des institutions sociales. Sur question j'indique qu'il est clair que mon appréciation de la capacité de travail repose en partie sur la façon dont la patiente me rapporte ses difficultés au quotidien. J'ai eu connaissance de l'expertise psychiatrique, je la trouve correcte, bien que nous divergions sur la capacité de travail.

Dr F_____: Vous me posez la question de savoir si en raison de la fluctuance de l'état psychique mon analyse aurait pu être autre si la patiente s'était trouvée le jour de l'expertise dans un moins bon état psychique que je ne l'ai vue. Je

répondrais par la négative dans la mesure où j'ai pris en compte l'ensemble des éléments anamnestiques, j'ai questionné la recourante sur son quotidien, sur ses capacités à vivre sa réalité quotidienne, et je dirais que l'ensemble du tableau était cohérent. J'ajoute que le simple fait de souffrir d'un trouble psychiatrique n'est pas en soi invalidant puisque le traitement tant médicamenteux que psychothérapeutique sert précisément au fonctionnement du patient.

Dr D_____: J'aimerais préciser que ma patiente souffre d'une série de choses qui prises séparément ne sont pas invalidantes mais qui le deviennent une fois mises ensemble. Je produis un courrier de la Dresse G_____ qui décrit le point de vue du rhumatologue."

45. À l'issue de l'audience, un délai a été fixé au parti pour détermination après enquête, aux 31 octobre 2007. Dans son courrier du 29 octobre 2007, l'OCAI a indiqué persister dans ses conclusions. Dans ses écritures du 31 octobre 2007, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle relève que l'aspect rhumatologique a été négligé, alors même que la rhumatologue persista à fixer à 50 % maximum la capacité de travail de sa patiente dans son activité actuelle, jugeant illusoire un taux d'activité plus élevée. Elle observe, en outre, que l'expert psychiatre aurait eu un accès illimité au dossier, alors même qu'elle-même et que son psychiatre traitant n'ont pas eu connaissance des rapports médicaux du précédent psychiatre, ce qui est constitutif d'une violation du droit d'être entendu. Enfin, en cas de doute le tribunal doit juger "in dubio pro assicurato". Or les conclusions des deux psychiatres sont inconciliables.

46. Après communication de ses écritures aux parties, la cause a été gardée à juger le 2 novembre 2007

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 statuant conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est

applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 23 octobre 2006 a été reçue par la recourante au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 23 novembre 2006 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la suppression à compter du 1er décembre 2006 de toute rente octroyée à la recourante. On rappellera qu'après avoir réduit celle-ci à une demi-rente, l'OCAI a procédé à une reformatio in peius dans sa décision sur opposition.

5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

   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. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande, c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108 consid. 5).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

   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).

Ainsi, 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).

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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité de la recourante s'est notablement modifiée (art. 17 LPGA). Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente du 14 octobre 1992 avec ceux existant au moment de la décision litigieuse du 23 octobre 2006. En effet, les procédures de révision de rente initiées en 1994, 1998 et 2003 n'ont pas donné lieu à un examen matériel du droit à la rente avec appréciation des preuves et comparaison des revenus, mais se sont seulement bornées à examiner si l'état de santé de la recourante et son incapacité de travail s'étaient modifiés. Notamment, lors de la révision de 2003, l'intimé n'a pas procédé à une comparaison des revenus alors même que la recourante l'avait informé de son intention d'exercer une activité à 30 % rémunérée.

Lors de la décision initiale de rente, l'OCAI a considéré que la recourante présentait un degré d'invalidité de 100%. Il s'est basé pour cela sur les rapports du Dr A_____ du 13 mars et du 12 mai 1992 qui faisaient état d'un tableau de boulimie nerveuse et d'une symptomatologie mixte présente dès 1990 sous forme d'attaques de panique compliquées, tout d'abord, par une agoraphobie, puis, dès 1991, par un état dépressif majeur. Ce praticien avait précisé que l'état psychologique de la recourante l'avait rendue incapable de travailler à 100% depuis le début août 1991. Il avait proposé à l'intimé d'allouer une rente entière d'invalidité pendant un à trois ans afin de permettre à l'assurée de reprendre progressivement

une activité artistique, artisanale et éventuellement para-éducative. Par la suite, il a continué à attester une incapacité de travail entière.

En 1998, la recourante a participé à la création de l'Association ESPACE 360 pour laquelle elle a travaillé à raison de 30%, tout d'abord bénévolement pendant cinq ans, puis à titre lucratif dès le 1er avril 2003. A la même époque, dans un rapport du 20 mars 2003, la Dresse K_____ a diagnostiqué un trouble dysthymique (F. 34.1), une boulimie (F. 50.2), un trouble panique en rémission avec trait agoraphobique entraînant une incapacité de travail de 70% dès le 1er mars 2003 et pour une durée indéterminée.

Puis, dans un rapport du 24 août 2005, le Dr D_____ a constaté une amélioration de l'état de santé. Il a indiqué qu'il y avait une rémission de la boulimie depuis le début 2005 et une stabilisation du trouble de l'humeur, mais une aggravation du syndrome fibromyalgique. Il a fait état d'une limitation fonctionnelle de 70%. Puis, le 19 octobre 2005, il a observé une grande fatigabilité avec un trouble anxieux, une humeur dépressive, de fortes algies aux insertions et des céphalées. Enfin, le 23 février 2006, le psychiatre a mentionné une détérioration considérable de l'état clinique depuis la fin de l'année 2005, sur les plans tant physique que psychique. Il a signalé une recrudescence de myalgies, une dépression, des insomnies, des angines-pharyngites à répétition et la réapparition des troubles alimentaires.
Dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2006, le Dr F_____ a diagnostiqué une dysthymie (F. 34.1), d'autres troubles anxieux (hystérie d'angoisse, F 41.8), une neurasthénie (F. 48.0). Il a précisé qu'il s'agissait d'atteintes légères correspondant exactement aux légères inhibitions dont l'assurée s'était plainte. Il a constaté que la patiente, souriante, aimable et mobile, était très proche d'un niveau de normalité, même si elle évoquait une souffrance intérieure éventuellement présente. Il s'est déclaré frappé par l'important décalage entre les souffrances alléguées par l'assurée et ses constatations cliniques. Il a expliqué que l'essentiel de la souffrance personnelle de la patiente était constitué plutôt d'éléments de gêne et d'inconfort qui n'entraient, ni dans les critères d'un état dépressif, ni dans ceux d'une autre pathologie majeure, mais davantage dans un registre de dysfonctionnement neurovégétatif et de neurasthénie. Il a ajouté que l'aggravation de l'état de santé, invoquée par son médecin traitant à la suite de la réduction de sa rente, représentait tout au plus un problème d'adaptation temporaire et ne pouvait en aucun cas être utilisé comme argument pour un état maladif durable. Il a considéré que, si l'on admettait des problèmes de fibromyalgie, de tension et de dysthymie, il n'en résultait qu'une incapacité de travail mineure. Il a estimé que, sur le plan assécurologique, il découlait de ces constatations et diagnostics, au grand maximum, une incapacité de travail de l'ordre de 25% dans la mesure où les troubles intervenaient légèrement sur la capacité de résistance au stress, la concentration et l'aptitude d'adaptation. Il a relevé qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât toute activité accessible à sa formation et à son expérience.

Le rapport de l'expert se base tant sur des entretiens psychologiques avec la recourante que sur le dossier assécurologique. L'anamnèse est complète dès lors qu'elle se compose d'un volet familial, personnel et socio-professionnel. Les plaintes sont également prises en considération et la discussion du cas est étayée par des observations sur le comportement de la recourante tout au long de l'entretien psychiatrique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment expliqué et motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, elles reposent sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation.
L'expert a également pris en considération les plaintes somatiques de la recourante, puisqu'il a indiqué qu'elle se plaignait de douleurs cervicales, céphalées, douleurs type fibromyalgique avec prédominance articulaire, fatigabilité et fatigue, jambes sans repos, nombreux symptômes neurovégétatifs. Sur la base des informations qu'il a recueillies et dont rien ne permet de dire qu'elles seraient incorrectes, l'expert a estimé que la souffrance vécue par la recourante n'atteignait pas une intensité telle qu'elle empêcherait la reprise d'une activité professionnelle. En cela, il s'en est tenu à la tâche des médecins dans la détermination de la capacité de travail dans le domaine de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références citées). De plus, il a expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions des divers médecins traitants en tant que ces dernières interféraient entre, d'une part, l'argumentation psychothérapeutique ainsi qu'évolutive et, d'autre part, l'appréciation de la capacité de travail sans faire abstraction de leur engagement envers la patiente.

8. Par conséquent, l'expertise psychiatrique revêt une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence) et il y a lieu d'en suivre les conclusions, et de retenir que les circonstances se sont modifiées entre la décision de rente du 14 octobre 1992 et celle du 23 octobre 2006. Par rapport à la situation qui prévalait au moment de l'octroi de la rente entière d'invalidité, où la capacité de travail était nulle, on doit dès lors admettre que la capacité de gain de la recourante s'est notablement améliorée puisqu'elle jouit, en tout cas depuis la date de l'expertise (31 juillet 2006), d'une capacité de travail de 75% dans toute activité accessible à sa formation et à son expérience. Il est exact que le Tribunal a été surpris par les conclusions diamétralement différentes sur la capacité de travail des deux psychiatres concernés. C'est la raison de l'audience d'enquête, qui a permis de les entendre simultanément. Cette audition a permis au Tribunal de se convaincre de la justesse de l'analyse de l'expert psychiatre. Le psychiatre traitant est tombé d'accord sur les diagnostics à retenir, sur la protection qui avait été accordée à la recourante par ses précédents médecins, sur l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle et enfin sur l'absence de conséquences des quelques erreurs commises par l'expert dans l'anamnèse. Son appréciation de la capacité résiduelle de travail de sa patiente est, certes, encore aujourd'hui, différente de celle de l'expert. Mais d'une part son avis est emprunt, comme il l'a reconnu, des allégations

de sa patiente Or, 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). D'autre part, il attribue une grande part de l'incapacité de travail à la fibromyalgie. Or, celle-ci ne peut être tenue pour invalidante au sens de l'assurance invalidité, puisque les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis en l'espèce. En effet, d'une part la recourante ne présente aucune comorbidité psychique importante, d'autre part, au vu de l'efficacité des antidépresseurs lorsqu'ils sont instaurés dans le traitement, il n'est pas possible de retenir l'échec des traitements. Par ailleurs, l'amélioration à diverses reprises de l'état psychique de la recourante établit que ce dernier n'est pas cristallisé. Enfin, comme déjà mentionné auparavant, la recourante ne présente aucun retrait social marqué (ATF 132 V 65 ss). C'est la raison également pour laquelle il n'y a pas lieu d'investiguer davantage sur la question de la fibromyalgie, car sa réalité n'est pas mise en doute, mais elle n'a a pas de caractère invalidant au sens de la LAI.

9. La recourante allègue également que l'expert psychiatre aurait été traité différemment qu'elle-même et que son psychiatre traitant, auxquels les rapports du précédent psychiatre n'ont pas été communiqués. Le Tribunal ne peut que rappeler que l'expert psychiatre reçoit le dossier original du tribunal et des chargés produits par les parties. Toutes ces pièces étaient donc à la disposition de la recourante, durant toute la procédure. L'expert est par ailleurs invité par l'ordonnance d'expertise à prendre tous contacts utiles, et peut de ce fait obtenir des renseignements qui ne figuraient alors pas au dossier. Il n'en découle pas de violation du droit d'être entendu, puisque la recourante peut se déterminer sur l'expertise et sur les enquêtes, ce qu'elle a fait en l'occurrence.

10. Puisqu'une capacité résiduelle de travail est retenue à hauteur d'environ 75 %, il y a lieu de procéder au calcul de l'invalidité. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

    En l'espèce, étant donné que la recourante n'a exercé que des petits travaux depuis la fin de sa scolarité, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Il y a lieu de préciser que, même si la recourante a une

activité rémunérée à raison de 20 %, elle ne met pas en pratique pleinement sa capacité résiduelle de gain qui est de 75 %, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, raison pour laquelle, il n'est pas possible de tenir compte de son salaire réel à 20 %. Par conséquent, il faut prendre en considération le salaire moyen auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2006. En effet, ces secteurs recouvrent un large éventail d'activités ainsi qu'un nombre significatif d'activités légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et donc adaptées au handicap de la recourante (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3; ATFA non publiés du 16 juillet 2004, I 719/03, consid. 4.2 et du 10 avril 2006, U 12/05, consid. 5).

Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour une femme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2004 (ESS 2004, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13ème salaire comprise) à un revenu de 46'716 fr. (3'893 x 12) qui correspond au revenu sans invalidité. Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude (ATFA non publié du 15 avril 2003, I 1/03, consid. 5.2) de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'adapter ces chiffres au temps de travail en 2006 et à l'évolution des salaires de 2004 à 2006.

Dans le présent cas, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans toute activité de sorte que pour calculer le revenu d'invalide, ce salaire statistique doit être réduit de 25% (46'716 x 75%) et s'élève à 35'037 fr. Enfin, pour tenir compte de ses handicaps et de son taux réduit d'occupation (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), il se justifie de procéder à un abattement d'au maximum 10% sur le revenu d'invalide qui doit être fixé à 31'533 fr. 30 (35'037 x 90%). Comparé au revenu statistique sans invalidité de 46'716 fr., la perte de gain est de 15'182 fr. 70 (46'716 - 31'533.30) ce qui représente un taux d'invalidité de 32.5% (15'182.70 : 46'716 x 100) qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le degré d'invalidité de la recourante a ainsi subi une modification importante depuis la décision initiale d'octroi de rente, de sorte que le droit à la prestation de l'assurée doit être supprimé.

11. Selon la jurisprudence, en cas de modification sensible de l'état de santé, la rente d'invalidité ne peut en principe être réduite ou supprimée selon l'art. 17 LPGA que lorsque son bénéficiaire est suffisamment réadapté (RCC 1980 p. 482 consid. 2 et la référence; voir aussi le commentaire de cet arrêt par l'OFAS in RCC 1980 p. 455 ss). FONJALLAZ (Invalidité et Révision des rentes d'invalidité [Etude de la législation sociale suisse], thèse Lausanne 1985, p. 72 et la note n° 211) en conclut que les organes de l'assurance-invalidité doivent se demander, lors de chaque révision, si des mesures de réadaptation sont nécessaires et, le cas échéant, les ordonner. Toutefois, la jurisprudence précitée ne signifie pas que le recourant, bien que son état de santé se soit amélioré de manière sensible, continue d'avoir droit à

une rente entière d'invalidité tant qu'il n'a pas bénéficié de mesures de réadaptation. Au contraire, il lui appartient de se réadapter par lui-même autant que faire se peut (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références; RCC 1989 p. 331 consid. 4a; ATFA non publié du 2 août 2000, I 723/99, consid. 3b).

En l'espèce, selon l'expert, la recourante a une capacité résiduelle de travail de 75% dans toutes les activités accessibles à sa formation et à son expérience de sorte qu'elle est en mesure, même sans réadaptation, de réaliser un revenu qui exclut une invalidité donnant droit à la rente, raison pour laquelle son droit à une rente entière a été supprimé.

Toutefois, ce taux ouvre le droit aux mesures de réadaptation, prévues par les art. 8, 15, 17 et 18 LAI, et préconisées par les médecins. La recourante devra dès lors être mise au bénéfice d'une aide pour s'orienter professionnellement ainsi que d'un stage de réentraînement à l'effort, puis d'une aide au placement. Ces mesures devront être mises en œuvre sans délai, et l'OCAI y sera invité.

12. Mal fondé, le recours sera rejeté.

13. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. La recourante étant déboutée, elle sera par conséquent condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Invite l'OCAI à mettre la recourante au bénéfice de mesures de réadaptation et réorientation professionnelle, au sens des considérants, dans les meilleurs délais.

4. L'y condamne en tant que de besoin.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

6. 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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