

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée) née en 1963, de nationalité espagnole, mariée, mère de deux enfants nés en 1998 et 2000, entrée en Suisse en 1982, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel pendant plusieurs années puis pour l'entreprise X_____ SA du 6 juin 2004 au 30 mars 2007 à raison de dix heures par semaine comme personnel d'entretien. Le dernier jour de travail effectif a été le 6 octobre 2006. Elle a été en incapacité totale de travailler depuis le 10 octobre 2006, attestée par le Dr L_____ le 11 octobre 2006.
3. L'assurée a séjourné au CTB, adressée par les urgences psychiatriques, du 10 octobre au 1^{er} décembre 2006 en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11).
4. L'assurée a été suivie au Centre de thérapie brève des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), lequel a confirmé l'incapacité de travail totale (rapport du 1^{er} décembre 2006).
5. Le Dr L_____ a adressé l'assurée au Dr M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques (F32.11) (rapport du 20 février 2007).
6. A la demande de la Bâloise assurance, assureur perte de gain, le Dr N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 25 mai 2007 dans lequel il pose les diagnostics d'"état dépressif majeur sévère, 1^{er} épisode, personnalité fruste, dépendante (traits limites ?) décompensée, difficultés familiales : autres (?)". L'incapacité de travail était totale. L'expert a relevé qu'après la mise en route des traitements proposés, l'assurée devrait pouvoir reprendre son activité à 50 % dans un délai de 8 à 10 semaines. Si tel n'était pas le cas, il fallait faire réévaluer cette situation par le médecin expert.
7. Le 11 novembre 2007, le Dr M_____ a indiqué que la patiente avait une bonne compliance médicamenteuse, le 29 janvier 2008 que l'incapacité de travail était encore totale, avec un pronostic médiocre et le 22 mai 2008 qu'elle souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et que la capacité de travail actuelle était "nulle ?".
8. Le 21 juillet 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de dépression.
9. Le Dr L_____ a confirmé une incapacité de travail totale dans un rapport à l'assurance-invalidité du 20 août 2008, en mentionnant les diagnostics suivants :

"état dépressif majeur sévère 1^{er} épisode, personnalité dépendante, anxiété généralisée et constante, cervicalgies - trouble somatoforme douloureux".

10. A la demande de l'OCAI, le Dr M_____ a rempli un questionnaire médical le 26 août 2008 dans lequel il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de "retard mental F70, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11, événements difficiles avec incidence sur la famille Z 63.7". Le traitement avait débuté le 12 septembre 2006 et était encore en cours. Le dernier contrôle datait du 23 mai 2008. Les symptômes actuels étaient les suivants : "dysthymie, dysphorie, troubles émotionnels, idées obsédantes, angoisses paroxystiques sur un fond d'anxiété quasi constante, désintégration des pulsions agressives, inquiétude, lâchage et rupture dans sa vie mentale, difficultés à élaborer, sommeil désorganisé et agitation psychomotrice". Le pronostic était sombre. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Il remarque "éventuellement stage d'observation ! Améliorer ses possibilités résiduelles pour une activité semblable à son emploi antérieur ?". A la question "1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?" Il répond " aucune pour le moment". A la question "d'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ?" Il répond "oui". A la question "le rendement y est-il réduit ?" Il répond "elle a travaillé en temps partiel".

11. Le Dr _____ du SMR a rendu un avis médical le 3 décembre 2008 dans lequel il relève qu'"à plus d'une année de cette expertise, le médecin traitant somaticien avance des diagnostics qui n'ont été retenus ni par le psychiatre traitant ni par l'expert et que nous ne pouvons prendre en considération. En effet, si le diagnostic de cervicalgies et de trouble somatoforme douloureux a été mentionné, il n'existe aucune description permettant d'étayer ce diagnostic, le seul renseignement que nous avons pu obtenir étant que les radiographies de la colonne cervicale étaient normales. Dans la mesure où le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est un diagnostic CIM 10 complexe et n'a pas été repris par les psychiatres qui ont examiné l'assurée, nous n'avons pas à entrer dans une évaluation de ce syndrome selon les critères de la jurisprudence. Il faut encore relever la discordance d'appréciation de la capacité de travail entre le médecin traitant somaticien qui l'évalue toujours à 100 % pour des raisons de dépression nerveuse (point 1.6 de son rapport du 20 août 2008) alors que le psychiatre traitant, dans son rapport du 26 août 2008, ne voit aucune limitation fonctionnelle au point 1.7 et estime l'activité exercée jusqu'à présent encore exigible. Enfin, rappelons que le diagnostic de retard mental F70 correspond à un retard mental léger qui ne représente pas un empêchement pour une activité manuelle simple. Le cas a été revu avec le psychiatre de garde". L'assurée était reconnue capable de travailler depuis le 24 mai 2008.

12. Par communication du 15 décembre 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était nécessaire en raison de son état de santé.
13. Par projet d'acceptation de rente du 16 janvier 2009, l'COAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1^{er} octobre 2007 au 31 juillet 2008. Il a constaté que cette dernière était en incapacité totale de travailler dès le 1^{er} octobre 2006 et qu'une amélioration de son état de santé était survenue en mai 2008, de sorte qu'elle était à nouveau capable d'exercer une activité manuelle simple à temps complet et d'effectuer les travaux habituels dans le ménage.
14. Par décision du 23 avril 2009, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 juillet 2008.
15. Le 18 mai 2009, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OCAI du 23 avril 2009 en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2006, son état ne s'étant pas amélioré mais plutôt dégradé, ce qu'avaient constatés ses médecins-traitants.
16. Le 19 mai 2009, la Dresse P_____, cheffe de clinique aux HUG, a demandé l'admission non volontaire de l'assurée à la clinique Belle-Ideé, en raison d'un état dépressif sévère, avec idées suicidaires au premier plan.
17. Le 30 mai 2009, la Dresse. Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rédigé une attestation dans laquelle elle certifie avoir suivi l'assurée les 26, 29 janvier, 3 et 19 février, puis 7 mai 2009 et l'avoir adressée au centre de thérapies brèves pour un suivi intensif. Elle présentait un trouble dépressif majeur récurrent sévère avec caractéristiques psychotiques. Idées délirantes F33 (296.33) DSM-IV.
18. Le 9 juin 2009, les Drs R_____ et S_____ ont rédigé un résumé du séjour de l'assurée du 19 mai au 4 juin 2009 dans lequel ils posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2. A la sortie, l'assurée présentait une persistance d'une symptomatologie dépressive sévère, d'allure mélancolique, son idéation suicidaire.
19. Le 24 juin 2009, la Dresse PORRERO du CTB a attesté d'une prise en charge de crise de la patiente du 23 février 2009 au 22 avril 2009.
20. Le 20 juillet 2009, le Dr U_____ du SMR a rendu un avis médical dans lequel il estime, qu'au vu des rapports médicaux des Drs Q_____ du 30 mai 2009, P_____ du 22 mai 2009 et R_____ du 19 mai 2009, il apparaît clairement que l'évolution clinique d'un point de vue psychiatrique n'a pas été celle attendue par le Dr N_____ et qu'une instruction complémentaire est nécessaire.

21. Le 30 juillet 2009, l'OCAI a répondu au recours en proposant que le dossier lui soit renvoyé pour complément d'instruction.
22. Le 14 septembre 2009, la recourante s'est opposée au renvoi du dossier à l'OCAI et a sollicité une expertise psychiatrique judiciaire.
23. Le 2 novembre 2009, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :

"Je confirme que je travaillais dans mon dernier emploi chez L_____ SA à raison de 10 heures par semaine. Avant je travaillais à plein temps dans un hôtel comme femme de chambre. Comme l'hôtel a fermé j'ai dû trouver un nouvel emploi, j'aurais travaillé plus s'ils m'avaient proposé plus d'heures. J'ai terminé mon traitement auprès du Dr M_____ et j'ai débuté un traitement auprès de la Dresse Q_____ car celle-ci parle espagnol. Vous m'indiquez que le Dr M_____ fait référence à une dernière consultation du 23 mai 2008. Il est possible que ce soit la dernière fois que je l'ai vu. La Dresse Q_____ m'a adressée au CTB, lequel me suit actuellement. Je suis suivie au CTB à raison d'une fois tous les 20 jours environ et je prends un traitement médicamenteux. Mon état ne va toutefois pas très bien".

La représentante de l'OCAI a déclaré :

"Je confirme qu'il n'y a pas eu d'examen au SMR de Mme A_____ à la suite de l'expertise du Dr V_____ mais uniquement un avis médical. Je propose que le rapport du Dr M_____ soit soumis à nouveau au SMR afin qu'il motive la manière dont il a été pris en compte pour expliquer l'amélioration de l'état de santé de Mme A_____".

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V 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.

b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être

tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 21 juillet 2008. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 pour les faits survenus dès cette date.

2. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 16 janvier 2009, qui a été confirmé par la décision du 23 avril 2009, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 18 mai 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2008.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée

invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 - RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux

prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

6. a) 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. 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; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les

arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

b) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références).

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

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

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

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

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

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

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que, suite au rapport d'expertise du Dr N_____, la recourante est totalement incapable de travailler et d'effectuer toute tâche ménagère depuis le 1^{er} octobre 2006.

L'intimé invoque, comme motif de révision de la rente d'invalidité reconnue depuis le 1^{er} octobre 2007, une amélioration de l'état de santé de la recourante qui serait survenue en mai 2008. Il se fonde pour cela sur le rapport du Dr M_____ du 26 août 2008. Or, on ne saurait suivre l'intimé dans l'interprétation qu'il fait de ce rapport pour conclure à une capacité de travail entière de la recourante dès mai 2008. En effet, le Dr M_____ y relève que la recourante souffre encore, soit lors de son dernier contrôle le 23 mai 2008 de retard mental, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et événements difficiles avec incidences sur la

famille, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail, qu'elle présente actuellement encore les symptômes de dysthymie, dysphorie, troubles émotionnels, idées obsédantes, angoisses paroxystiques sur un fond d'anxiété quasi constante, désintégration des pulsions agressives, inquiétude, lâchage et rupture dans sa vie mentale, difficultés à élaborer, sommeils désorganisé et agitation psychomotrice, que le pronostic est sombre qu'elle suit un traitement de psychothérapie et médicamenteux de Xanax retard, Cipralax, Zolpiden et Fluoxétine, qu'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail et qu'il faudrait éventuellement faire un stage d'observation en se posant la question de l'amélioration de ses possibilités résiduelles pour une activité semblable à l'emploi antérieur.

Cependant et de façon partiellement contradictoire, ce rapport relève aussi à la question sur "l'activité exercée à ce jour, énumération des restrictions existantes" qu'il n'y en a "aucune pour le moment" (réponse qui semble plutôt se rapporter, au vu de la multitude des symptômes actuels de la recourante décrits par le Dr M_____, à l'activité exercée à ce jour plutôt qu'aux restrictions existantes) et que, d'un point de vue médical, l'activité exercée est encore exigible. C'est en se référant uniquement à ces deux réponses que le SMR a considéré, dans son avis du 3 décembre 2008, que la recourante était entièrement capable de travailler depuis le 24 mai 2008.

Or, il n'est pas possible au regard de l'ensemble des constatations médicales du Dr M_____ du 26 août 2008 de déduire, comme l'a fait le SMR, que la recourante aurait recouvré une capacité de travail entière depuis le 24 mai 2008, ce même médecin excluant, dans le même temps, toute possibilité de reprise de l'activité antérieure. Cela est d'autant plus vrai qu'antérieurement à la décision litigieuse du 23 avril 2009, d'une part, la Dresse Q_____ a attesté que la recourante souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent sévère avec caractéristiques psychotiques et idées délirantes, déjà constaté lors du commencement du suivi le 26 janvier 2009 et, d'autre part, la Dresse T_____ du CTB a mentionné une prise en charge de crise de la patiente du 23 février au 22 avril 2009.

En conséquence, on ne saurait, au vu des rapports médicaux des Drs M_____ du 26 août 2008, Q_____ du 30 mai 2009 et T_____ du 24 juin 2009 admettre que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de telle manière qu'elle aurait recouvré une capacité de travail entière depuis le 23 mai 2008. Au demeurant, les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, soit l'admission non volontaire de la recourante à la clinique Belle-Idée le 19 mai 2009 et la persistance, à la sortie, le 4 juin 2009, d'une symptomatologie dépressive sévère, attestée le 9 juin 2009 par les Drs W_____ et S_____ même s'ils ne sont pas directement pertinents dans le cadre du présent litige démontrent néanmoins que l'état de santé de la recourante s'est même aggravé par la suite, ce

que le SMR a d'ailleurs reconnu en admettant même que l'évolution clinique n'a clairement pas été celle attendue par le Dr N_____ le 25 mai 2007.

9. Partant, aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est réalisé en l'espèce, en particulier on ne saurait admettre que l'état de santé de la recourante se serait au vu de tous les avis médicaux au dossier amélioré de telle manière qu'elle aurait recouvré, depuis le 23 mai 2008, une capacité de travail entière. Il n'y a, dans ces conditions, pas lieu de donner suite à la proposition de l'intimé de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire. Ainsi, la décision litigieuse doit être partiellement annulée et le droit à la rente entière d'invalidité de la recourante confirmé depuis le 1^{er} octobre 2007.
10. a) Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée en ce sens que le droit à une rente est reconnu à la recourante depuis le 1^{er} octobre 2007.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, 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 désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 2'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OCAI du 23 avril 2009 dans la mesure où elle limite le droit à la rente d'invalidité de la recourante au 13 juillet 2008.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} octobre 2007.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'itimé.
6. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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