

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/601/2009

ATAS/1045/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 26 août 2009

En la cause

Madame D_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D _____ (ci-après l'assurée), née en 1958, d'origine algérienne, naturalisée suisse en 1985, sans formation professionnelle, a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel, puis comme femme de ménage. En 1987, elle fait un stage de trois mois en tant qu'apprentie coiffeuse et a tenté d'ouvrir une boutique de coiffure en 1988.
2. Le 1er novembre 1993, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonale de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
3. Selon le Dr L _____, psychiatre traitant, l'assurée souffrait d'une dépression majeure entraînant une incapacité de travail totale. Elle présentait un traumatisme émotionnel, des céphalées chroniques, une fatigue généralisée continue, des insomnies, une perte d'intérêt et de plaisir, un ralentissement psychomoteur, une diminution d'énergie, des difficultés de concentration et de mémoire, une tristesse, de l'irritabilité, des ruminations obsédantes et une tendance à l'isolement (rapport du 5 janvier 1994).
4. A la demande de l'OCAI, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique effectuée le 12 juin 1994 par le Dr M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il résulte de son rapport que l'assurée souffrait d'un état dépressif secondaire à une atteinte nasale et vertébrale ainsi qu'à une situation socio-économique difficile. En avril 1991, l'assurée avait été hospitalisée pour une fracture du nez et une atteinte vertébrale suite aux coups donnés par son mari. Depuis, l'assurée souffrait de céphalées permanentes, de vertiges occasionnels, de nausées, de troubles gynécologiques, de fatigabilité excessive, de transpirations profuses et de douleurs à la colonne. Le médecin a constaté notamment une aboulie, une adynamie, des insomnies et des pleurs. Un état dépressif réactionnel durable s'était installé pour lequel l'assurée était traitée par le Dr L _____. Depuis avril 1991, la capacité de travail de l'assurée était nulle. On pouvait espérer qu'après un certain temps, estimé arbitrairement à deux ans, l'assurée devrait être à même de retrouver une capacité de travail entière. L'assurée avait besoin de soins médicaux, gynécologiques, otho-rhino-laryngologiques et psychiatriques dans le long terme. Des mesures d'ordre professionnel étaient à envisager après traitement et guérison de l'état dépressif.
5. Par décision du 3 janvier 1995, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente correspondant à un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 1992.
6. Le 1^{er} mars 2005, l'OCAI a entamé une procédure de révision de la rente d'invalidité.

7. A la demande de l'OCAI, l'assurée a indiqué être suivie par le Dr N_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.
8. Par rapport adressé à l'OCAI le 5 avril 2005, le Dr N_____ a expliqué connaître l'assurée depuis le 20 juin 2000. La seule maladie signalée par l'assurée était une dépression. En raison d'une ménopause précoce, il avait instauré un traitement hormonal substitutif dans le but de traiter les symptômes (bouffées de chaleur, tendances dépressives, etc.).
9. A la demande de l'OCAI, l'assurée a indiqué ne pas être suivie par un autre médecin.
10. Par avis du 11 juillet 2007, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que l'on pouvait estimer que l'état dépressif de l'assurée s'était amendé puisqu'elle ne suivait pas de traitement psychiatrique. En conséquence, la rente n'avait plus raison d'être.
11. Par projet de décision du 23 avril 2008, l'OCAI a informé l'assurée de la suppression de sa rente d'invalidité.
12. Par courrier du 4 mai 2008, l'assurée a contesté ce projet, expliquant notamment avoir des douleurs permanentes à la colonne vertébrale, aux hanches et aux jambes. Son médecin avait requis des examens complémentaires concernant sa masse osseuse, ainsi que ses poumons et son cœur. Sa vue s'était également dégradée subitement. L'assurée a joint un rapport adressé le 29 février 2008 par le Dr P_____, spécialiste FMH en radiologie, au Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine générale, constatant une ostéopénie avec risque fracturaire augmenté.
13. Par avis du 20 mai 2008, le Dr O_____ a expliqué que l'ostéopénie est une atteinte qui n'est en aucun cas invalidante, de sorte que son avis du 11 juillet 2007 restait valable.
14. Par décision du 4 juin 2008, l'OCAI a supprimé la rente entière d'invalidité de l'assurée.
15. Suite au recours interjeté le 4 juillet 2008 par l'assurée et au préavis du 28 juillet 2008 de l'OCAI proposant d'instruire à nouveau le dossier, le Tribunal de céans a, par arrêt du 6 août 2008, entré en force, annulé la décision du 4 juin 2008 et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/856/2008).

Dans son recours, l'assurée expliquait que son état psychique entraînait un repli sur elle-même et un isolement à domicile. Elle éprouvait beaucoup de difficultés à être

en contact avec les autres, raison pour laquelle ses enfants étaient obligés de l'accompagner pour les rendez-vous à l'extérieur. Dans ces conditions, un suivi régulier chez un médecin psychiatre avait été impossible à organiser pendant toutes ces années.

A l'appui de son recours, l'assurée joignait une attestation établie le 3 juillet 2008 par la Dresse R_____, médecin interne en psychiatrie auprès du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) et médecin traitant, selon laquelle l'assurée était suivie pour un état dépressif sévère associé à un trouble phobique grave. L'assurée était connue pour un trouble dépressif récurrent avec antécédents de prise en charge en psychiatrie et traitement antidépresseur sans rémission totale. Ce trouble rendait la patiente inapte à un engagement professionnel continu et durable. Une réévaluation dans une année semblait nécessaire pour statuer sur sa capacité de travail.

16. Dans le cadre de l'instruction complémentaire effectuée par l'OCAI, des renseignements ont été requis auprès de la Dresse S_____, médecin interne en psychiatrie auprès du département de psychiatrie des HUG et médecin traitant.
17. Dans un rapport daté du 3 novembre 2008, la Dresse S_____ a diagnostiqué une phobie sociale (F40.1) existant depuis environ 15 à 20 ans, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), entraînant une incapacité de travail totale depuis le 20 juin 2008, étant précisé que le médecin ne pouvait se déterminer pour la période antérieure au début de la prise en charge.

A l'anamnèse, il est indiqué que la patiente, âgée de 50 ans, d'origine algérienne, en Suisse depuis l'âge de 19 ans, est divorcée et mère de quatre enfants, dont trois vivent encore avec elle. La patiente est analphabète. Mariée à deux reprises, elle a divorcé du père de ses enfants en raison de violences conjugales, maltraitance psychologique et alcoolisme du mari. En raison d'un trouble dépressif récurrent, elle avait longtemps bénéficié d'un traitement antidépresseur. Après son divorce, elle s'était progressivement repliée, et vivait depuis plusieurs années très en retrait, sortant très peu de chez elle, uniquement pour faire des courses et n'ayant de contacts sociaux qu'avec ses enfants. En 1995, elle avait été mise au bénéfice d'une rente pour des raisons psychologiques. Elle avait eu un suivi médical, maintenant interrompu depuis plusieurs années.

Suite à l'annonce de l'interruption des prestations de l'AI et dans le contexte d'émancipation de ses plus grands enfants, la patiente présente un épisode dépressif majeur avec une thymie dépressive, une anxiété massive, des troubles du sommeil et de l'appétit, des idéations suicidaires sans projet. Dans ce contexte, elle avait été amenée aux urgences sur l'initiative d'un de ses enfants. D'abord hospitalisée du 16 au 20 juin 2008 auprès des HUG, elle avait ensuite été adressée au Centre de thérapies brèves (ci-après CTB) où elle avait été suivie par la Dresse R_____

dès le 25 juin 2008, puis par la Dresse S _____ dès le 26 août 2008. L'assurée avait ainsi bénéficié d'un traitement avec encadrement médical, infirmier et social intensif.

Actuellement, la patiente présente une amélioration de la thymie dépressive et des angoisses, mais elle reste toujours très émotive lorsqu'elle évoque les difficultés passées, en particulier avec sa mère. Elle est en mesure néanmoins de s'occuper de sa fille qui a douze ans ou d'accompagner ses enfants dans leurs démarches.

S'agissant de la nature et de l'importance du traitement, le médecin explique que le traitement a permis une reprise du fonctionnement précédent la crise avec une amélioration de l'anxiété, des troubles du sommeil et de la thymie. Une mobilisation à travers un traitement psychosocial pour permettre à la patiente d'utiliser ses ressources et peut-être d'en acquérir d'autres (alphabétisation) est possible mais nécessite la poursuite au long cours du traitement. En raison de ses troubles psychiques, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance de la patiente sont limitées.

A titre de pronostic, la Dresse S _____ explique que la patiente a vécu pendant plusieurs années en retrait, sortant très peu du fait de sa phobie sociale. Ce fonctionnement s'est installé de longue date et semble peu mobilisable. Le pronostic reste réservé quant à la possibilité de récupérer une capacité de travail.

Les restrictions quant à la capacité de travail sont d'ordre psychique, la phobie sociale rendant le contact de la patiente avec les autres très difficile. Elle se sent soit jugée, soit menacée par les inconnus. Des mesures médicales peuvent réduire les restrictions : un suivi psychosocial avec un accent sur une stimulation et la fixation d'objectifs permettant à la patiente de quitter le domicile et de socialiser plus pourrait amener une discrète amélioration de la phobie sociale. Néanmoins, l'effet sur la capacité de travail serait peu conséquent. On ne peut ainsi pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

18. Par avis du 3 décembre 2008, le Dr T _____ relève que l'attestation du 3 juillet 2008 de la Dresse R _____ et le rapport du 3 novembre 2008 de la Dresse S _____ font état d'un trouble dépressif. Le Dr T _____ explique avoir discuté du cas avec un des psychiatres du SMR : il est clair que l'assurée avait fait, dans le passé, un état dépressif réactionnel (rapport du 12 juin 1994 du Dr M _____), qu'elle n'a plus eu de traitement psychiatrique par la suite et qu'elle refait un état dépressif réactionnel à l'annonce de l'interruption des prestations (rapport du 3 novembre 2008 de la Dresse S _____). Il constate que cet état dépressif est d'une part réactionnel et d'autre part qu'il s'améliore sous traitement. Ainsi, cette atteinte peut justifier une incapacité de travail provisoire, mais ne peut nullement être considérée comme incapacitante sur le long terme.

19. Par projet de décision du 8 décembre 2008, l'OCAI a informé l'assurée de la suppression de la rente. Il a expliqué que les éléments médicaux supplémentaires recueillis durant l'instruction complémentaire indiquent que l'atteinte à la santé à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis le 20 juin 2008 est réactionnelle à l'annonce, par acte du 4 juin 2008, de l'interruption du versement des prestations d'assurance et que l'état de santé de l'assurée est susceptible d'amélioration sous traitement. Le SMR estime qu'il n'y a pas une réactivation de l'atteinte qui avait eu initialement valeur d'invalidité. L'assurée était donc à même de rétablir totalement sa capacité de gain en exerçant à temps complet une activité non qualifiée telle qu'il en existe un nombre certain sur le marché équilibré du travail. Il s'ensuit que le droit à la rente devait être supprimé.
20. Le 20 janvier 2009, l'OCAI a reçu un courrier rédigé par Sabrina, fille aînée de l'assurée, âgée de 22 ans, qui souhaitait décrire l'état de sa mère. Elle explique notamment que sa mère n'est jamais allée chercher ses enfants à l'école, qu'elle ne s'était jamais rendue aux réunions des parents, ni aux spectacles. Suite à la séparation, sa mère s'était enfermée avec ses enfants dans son monde, sans suivre de traitement ni consulter un médecin. Elle ne supportait plus rien, ne sortait plus et n'avait plus de contact avec l'extérieur. Elle avait des problèmes au cœur ainsi que des douleurs aux articulations. Elle souffrait beaucoup, mais n'acceptait de se soigner que par la force. Elle avait consulté un cardiologue, le Dr U_____, il y a trois ans, lequel pouvait, si nécessaire, le confirmer. Enfin, contrairement à ce que pensait l'OCAI, la décision n'avait pas fait réagir leur mère ; ses enfants réagissaient à sa place.
21. Par décision du 23 janvier 2009, l'OCAI a confirmé les termes de son projet, en ajoutant que l'épisode dépressif dont souffre l'assurée ne remplit pas le critère de comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence.
22. Par acte du 23 février 2009, l'assurée, au bénéfice de l'assistance juridique et représentée par Maître David METZGER, interjette recours, concluant, principalement, à l'annulation de la décision et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, et subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière. La recourante fait valoir que l'intimé n'a pas pris en compte le diagnostic de phobie sociale alors qu'il s'agit du trouble qui l'empêche d'avoir une activité lucrative. Par ailleurs, le Dr T_____ n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'éloignait des conclusions des psychiatres consultés. En outre, l'intimé avait ajouté dans sa décision un paragraphe sur la jurisprudence applicable en cas de trouble dépressif et de trouble somatoforme douloureux/fibromyalgie, ce qui n'a aucun rapport avec sa situation. La recourante fait valoir que son état de santé ne s'est jamais amélioré, puisqu'elle s'est progressivement installée dans un isolement chronique et s'est coupée de la société en raison de son trouble phobique grave. C'est de cette manière que, ne sortant plus de chez elle, elle n'avait plus eu de traitement adéquat pour ses atteintes psychiques.

23. Dans sa réponse du 23 mars 2009, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il explique avoir soumis le recours au Dr T_____, lequel s'est prononcé dans un avis du 16 mars 2009 auquel se réfère l'intimé. Le Dr T_____ explique, qu'après avoir à nouveau discuté du cas avec un des psychiatres du SMR, la situation de la recourante est claire : le rapport du 3 novembre 2008 de la Dresse S_____ fait état d'une amélioration de l'angoisse et des troubles du sommeil et de la thymie grâce au traitement. En outre, cette praticienne explique que l'assurée est en mesure de s'occuper de sa fille de 12 ans ou d'accompagner ses enfants dans leurs démarches et qu'elle sort faire des courses, de sorte qu'il n'y a pas, selon le Dr T_____, de phobie sociale invalidante. L'intimé ajoute que l'atteinte dont souffre la recourante n'est pas une maladie incapacitante de longue durée et que la mise sur pied d'une expertise n'est pas justifiée, vu que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables.
24. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 23 janvier 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des

modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à supprimer, par voie de révision, la rente entière d'invalidité de la recourante. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente.
5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a en revanche 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.

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). A cet égard, 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 (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). On ajoutera également qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la

révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrenten-revisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) D'autre part, le principe général du droit des assurances sociales selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable, a été consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA. Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). En effet, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389, 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b; arrêt non publié du 30 avril 2008 9C_187/2007). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (consid. 1.2 de l'arrêt C. du 17 août 2005, I 545/02, SVR 2006 IV n° 21 p. 75).

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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

8. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait le 3 janvier 1995, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 23 janvier 2009.

Lors de l'octroi initial de la rente, la recourante présentait un état dépressif entraînant une incapacité de travail totale (rapport du 5 janvier 1994 du Dr L_____, psychiatre traitant, rapport du 12 juin 1994 du Dr M_____, expert psychiatre).

Dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse S_____, médecin interne en psychiatrie auprès du département de psychiatrie des HUG et médecin traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif (F33.1) et une phobie sociale (F40.1) existant depuis 15-20 ans et entraînant une incapacité de travail totale (rapport du 3 novembre 2008). La Dresse S_____, qui suit la recourante depuis le 26 août 2008, a expliqué qu'en raison d'un épisode dépressif majeur avec une thymie dépressive, une anxiété massive, des troubles du sommeil et de l'appétit, des idéations suicidaires sans projet, la recourante avait été hospitalisée auprès des HUG du 16 au 20 juin 2008, puis avait été prise en charge par le CTB. L'assurée

avait bénéficié d'un traitement avec encadrement médical, infirmier et social intensif, permettant une reprise du fonctionnement précédant la crise avec une amélioration de l'angoisse, des troubles du sommeil et de la thymie. Ce médecin a relevé qu'après son divorce, la recourante s'était progressivement repliée sur elle-même, vivant depuis plusieurs années très en retrait, sortant très peu de chez elle, uniquement pour faire des courses et n'ayant que des contacts sociaux avec ses enfants. Le fonctionnement de la recourante s'était installé de longue date et semblait peu mobilisable, de sorte que le pronostic restait réservé quant à la possibilité de récupérer une capacité de travail. La Dresse S_____ a précisé que les restrictions quant à la capacité de travail sont d'ordre psychique, la phobie sociale rendant le contact de la recourante avec les personnes très difficile ; la recourante se sent soit jugée, soit menacée par les inconnus. Selon cette praticienne, un suivi psychosocial, avec un accent sur une stimulation et la fixation d'objectifs permettant à la recourante de quitter le domicile et de socialiser plus pouvait amener une discrète amélioration de la phobie sociale, avec un effet peu conséquent sur la capacité de travail.

Le Tribunal de céans constate que le rapport de la Dresse S_____ du 3 novembre 2008 se fonde sur une anamnèse et sur plusieurs entretiens avec la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail. Ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Par conséquent, ce rapport remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée.

On relèvera que la sévérité des troubles psychiques et l'incapacité de travail totale ont également été constatées par la Dresse R_____, médecin interne en psychiatrie auprès du département de psychiatrie des HUG et qui a suivi la recourante de juin à août 2008.

L'intimé est néanmoins d'avis que la recourante ne présente pas d'atteinte entraînant une incapacité de travail de longue durée. Les arguments de l'intimé reposent sur les avis du Dr T_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR, qui estime que la recourante a présenté en 2008 un état dépressif, lequel est réactionnel et s'améliore sous traitement, de sorte qu'il ne peut être considéré comme incapacitant sur le long terme. De plus, il est d'avis que la phobie sociale n'est pas invalidante puisque la recourante sort faire des courses, qu'elle est en mesure de s'occuper de sa fille de 12 ans et d'accompagner ses enfants dans leurs démarches (rapport du 3 décembre 2008 et 16 mars 2009).

Le Tribunal de céans rappellera qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il n'y a pas lieu nécessairement de mettre en œuvre une expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit

bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

En l'occurrence, le Tribunal de céans est d'avis que l'appréciation émanant du Dr T_____ n'est pas de nature à remettre en cause le rapport détaillé établi de manière claire et probante par la Dresse S_____. En effet, ses conclusions, émises au terme d'une page et demie à peine, ne sont pas étayées par une motivation suffisante et convaincante. On relèvera notamment que si la Dresse S_____ a certes fait état d'une amélioration de la thymie dépressive et des angoisses suite au traitement prodigué à la recourante depuis le 16 juin 2008, il n'en demeure pas moins que c'est le trouble de la phobie sociale qui entrave sa capacité de travail. A cet égard, il est évident que l'avis divergent du Dr T_____ sur la question de la répercussion de la phobie sociale sur la capacité de travail de la recourante, ne saurait se voir accorder la moindre valeur probante. En effet, on peine à suivre le Dr T_____ - qui n'a au demeurant pas examiné la recourante - lorsqu'il justifie une pleine capacité de travail par le simple fait que la recourante peut s'occuper de ses enfants et faire des courses.

Ainsi, il résulte des pièces figurant au dossier qu'aucune amélioration objective de l'état de santé de la recourante n'a été constatée, bien au contraire, puisqu'à l'état dépressif relevé en 1994, est venue s'ajouter une phobie sociale entraînant une incapacité de travail totale.

Il y a lieu d'ajouter que, sur le plan somatique, l'état de santé de la recourante n'a fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé, alors que ce dernier disposait pourtant des noms des médecins consultés (le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine générale, et le Dr U_____, spécialiste FMH en cardiologie), et alors que la recourante a fait état de ses troubles physiques (courriers des 4 mai 2008 et 20 janvier 2009). Cela étant, quand bien même une instruction complémentaire pourrait être faite sur le plan somatique, le Tribunal de céans considère qu'une telle mesure probatoire n'est, en l'occurrence, pas nécessaire puisque celle-ci ne modifiera pas, quoi qu'il en soit, l'appréciation du Tribunal de céans quant à l'absence d'amélioration de l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références p. 428).

Enfin, un motif de reconsidération n'existe pas non plus, dès lors que la décision prise en 1995 n'apparaît pas manifestement erronée au regard des documents médicaux figurant au dossier.

Il résulte de ce qui précède que l'intimé n'était pas en droit de supprimer la rente d'invalidité de la recourante.

9. Bien fondé, le recours sera admis.

10. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 23 janvier 2009.
3. Condamne l'OCAI à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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