

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/822/2009

ATAS/86/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 janvier 2010

En la cause

Madame S_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, est originaire du Sri Lanka, où elle a travaillé dans une crèche. Arrivée en Suisse en juin 1992, elle a exercé la profession d'aide de cuisine de 1995 à juin 2001, date à partir de laquelle elle a été en arrêt complet de travail en raison de troubles psychiques.
2. Le 3 juin 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
3. Dans un document émis le 21 novembre 2002, le Dr A_____, médecin de l'OAI, a admis l'existence d'un état dépressif sévère entraînant un arrêt de travail depuis juin 2001.
4. Par décision du 11 avril 2003, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière à compter du 1^{er} juin 2002.

Cette décision a été prise sur la base, notamment, de trois rapports du Dr B_____, interniste au Département de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), datés des 17 décembre 2001, 16 mai et 2 juillet 2002, dont il ressortait en substance que la patiente présentait depuis avril 2001 une symptomatologie dépressive et anxieuse se manifestant par de l'insomnie, de l'asthénie, une tristesse, une baisse d'appétit accompagnée d'amaigrissement, des troubles de mémoire et de concentration, des idées suicidaires épisodiques ainsi que des symptômes du registre anxieux (malaises sur probables attaques de panique) et un tableau algique diffus, que malgré plusieurs mois de prise en charge, tant psychologique que médicamenteuse, il y avait eu une discrète amélioration (diminution des insomnies et de la tristesse), que le pronostic à long terme restait toutefois réservé au vu du nombre de facteurs (conflits chroniques avec le mari, conflits avec la belle-mère - hébergée par la patiente -, difficultés avec l'éducation des trois filles, décès de la mère en 1998) qui maintenaient la patiente dans un état dépressif qualifié de sévère, avec une évolution vers des comportements régressifs et une grande dépendance envers l'entourage. Le Dr B_____ exprimait l'avis que la patiente rencontrait de trop grandes limitations psychiques pour espérer un travail d'élaboration de ses différents problèmes autant internes (deuils, problématique des origines) qu'externes (conflits, fragilité au stress). Le Dr B_____ avait en définitive retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et de trouble somatoforme douloureux persistant. Il avait également mentionné un trouble de la personnalité de type personnalité immature, tout en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Le médecin notait qu'une chronicisation des symptômes semblait s'être déjà instaurée.

5. Le 21 mai 2003, l'assureur perte de gain de l'intéressée a transmis à l'OAI un rapport établi le 10 avril 2003 par le Dr C_____, interniste au Département de

psychiatrie des HUG. Ce médecin y faisait état d'une thymie légèrement triste et réactionnelle à un conflit de couple, à des troubles du sommeil sous forme d'insomnie tardive, ainsi qu'à des algies, diverses et vagues ; il concluait à l'absence de trouble de la concentration, de la mémoire ou de l'appétit ; il indiquait que la patiente suivait un cours de formation en informatique et reprenait progressivement une vie sociale normale ; il concluait à une amélioration sur le plan thymique et à une rémission partielle du trouble dépressif, dont il précisait qu'il pourrait encore diminuer ultérieurement. Le Dr C _____ déplorait l'annonce du cas à l'assurance-invalidité et émettait l'avis que la patiente pourrait ultérieurement être réorientée vers un de reclassement professionnel.

6. Une procédure en révision a été ouverte à la fin de l'année 2004.
7. Interrogée par l'OAI, l'assurée a allégué que son état de santé était demeuré inchangé, ce que son médecin-traitant, le Dr D _____, interniste au Département de psychiatrie des HUG, a confirmé dans un rapport du 10 février 2005. Le Dr D _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent - épisode sévère - sans symptômes psychotiques (F33.3), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité immature et dépendante (F61.0). Il a précisé que ces troubles contribuaient à annihiler la capacité de travail de sa patiente dans la mesure où la symptomatologie dépressive et douloureuse engendrait une importante invalidité au niveau des actes quotidiens de la vie. Il a ajouté que le trouble de la personnalité augmentait les difficultés de prise en charge. Le médecin a qualifié l'évolution de peu favorable, avec des rechutes dépressives régulières. Il a précisé que des améliorations transitoires avaient été suivies par des rechutes, de sorte qu'en définitive, on pouvait conclure à l'absence de modification depuis juillet 2002. Le médecin a encore ajouté que l'état de la patiente avait subi une aggravation suite à la perte de certains de ses proches dans la catastrophe survenue au Sri Lanka, mais que, globalement, son état de santé pouvait être qualifié de stationnaire, malgré cette exacerbation récente de la symptomatologie dépressive. Selon lui, il était impossible de prévoir quand une reprise d'activité professionnelle serait éventuellement possible.
8. Sur la suggestion du Dr E _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) - qui avait relevé que le Dr D _____ était interniste et non psychiatre -, l'assurée a été examinée le 26 juillet 2006 par le Dr F _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, médecin auprès du SMR.

Ce médecin, dans son rapport du 11 octobre 2006, a émis l'avis que les rapports établis précédemment par le Dr B _____ ne mentionnaient pas suffisamment de symptômes pour permettre de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Il a ajouté que les critères pour conclure à un syndrome douloureux somatoforme persistant au sens de la CIM-10 n'étaient pas non plus remplis ; à l'examen, l'humeur de la patiente paraissait dans les limites de la norme ; il n'y avait ni ralentissement

psychique ou moteur, ni diminution du rendement mental ou de la concentration ; l'assurée transmettait de façon crédible et authentique un fort sentiment d'être malheureuse, ce qui semblait tout à fait justifié ; le Dr F_____ a dit avoir toutefois observé un certain surinvestissement du vécu de son propre malheur par l'assurée et avoir cru discerner une certaine immaturité émotionnelle ainsi qu'une certaine dépendance affective dont il estimait qu'elles l'empêchaient l'intéressée d'aller de l'avant et de résoudre sa situation conjugale, décrite comme insupportable.

En définitive, le Dr F_____ a conclu à une maladie dépressive majeure, épisode dépressif de gravité sans précision, de 2001 à 2003. Il a également mentionné une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, un trouble anxio-dépressif réactionnel à de nombreuses situations stressantes et, anamnesticquement, une fibromyalgie (diagnostic écarté par un rhumatologue en 2003), dont il a estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Le médecin a expliqué que l'assurée avait vécu de nombreuses situations traumatisantes et stressantes, dont sa situation conjugale ; l'attitude de son mari, ancré dans les habitudes socioculturelles des Tamouls, en particulier ceux venant de la campagne, avait provoqué une souffrance sévère, dont le Dr F_____ a jugé qu'elle sortait du champ médical et du champ d'application de l'assurance-invalidité. Selon lui, le cumul des problèmes rencontrés par l'assurée avait engendré un état dépressif réactionnel d'une gravité certaine, qui avait justifié une incapacité de travail d'une durée moyenne difficile à évaluer. Se référant à l'avis du Dr C_____ du 10 avril 2003, le Dr F_____ a fait remonter à cette période la date à partir de laquelle il a considéré qu'il n'y avait plus eu de limites fonctionnelles psychiatriques incapacitantes, concluant ainsi à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique depuis le 10 avril 2003. Il a toutefois réservé l'existence d'éventuelles limitations fonctionnelles somatiques.

9. Le Dr G_____, médecin adjoint au Département de médecine de premier recours des HUG, a établi à son tour un rapport en date du 4 juillet 2007. Il y retient les diagnostics d'état dépressif récurrent et de syndrome douloureux somatoforme présents depuis 2001. Il mentionne également, tout en précisant qu'ils sont sans répercussion sur la capacité de travail, une hypothyroïdie, des vertiges d'étiologie peu claire, une dyspepsie, un probable colon spastique, une glande mammaire surnuméraire douloureuse depuis 2002-2003 et une anémie microcytaire hypochrome. Le médecin conclut à une incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 2005, dont il précise que c'est la date à laquelle a débuté un suivi régulier dans son service. Le médecin qualifie l'état de santé de la patiente de stationnaire. Il ajoute que les examens spécialisés ont mis en évidence quelques troubles statiques au niveau du rachis cervical, avec des discopathies étagées plus prononcées au niveau C4-C5 et C5-C6, pouvant éventuellement engendrer un conflit avec la racine homolatérale, et des cervico-brachialgies gauches chroniques entrant dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme. Il émet l'avis qu'au vu de l'évolution de la symptomatologie, il est peu probable que la situation évolue favorablement. S'agissant plus par-

ticulièrement de la tendinopathie de l'épaule gauche diagnostiquée en 2003, le Dr G_____ indique que les douleurs se sont progressivement étendues, touchant essentiellement la région para-cervicale gauche, irradiant au niveau de l'hémicrâne gauche, du membre supérieur gauche et de l'hémithorax gauche. S'y ajoutent des douleurs plus diffuses, touchant la quasi-totalité de la musculature, à prédominance gauche. Ces douleurs ont été mises sur le compte d'un syndrome douloureux, diagnostic confirmé par les consultants spécialisés du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, dans un rapport du 12 janvier 2007.

Ce rapport, établi par les Drs H_____, médecin adjoint et rhumatologue, et I_____, consultant pour la psychiatrie de liaison, conclut à des cervico-brachialgies gauches chroniques, à un trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique principalement. Les médecins préconisent la poursuite du suivi psychiatrique, vu l'importante symptomatologie dépressive et le cumul de deuils insuffisamment élaborés ; ils mentionnent au surplus deux tentamens médicamenteux ayant nécessité une prise en charge hospitalière en 2005 et 2006.

10. Le 11 septembre 2007, la Dresse J_____, médecin du SMR, se basant sur le rapport du Dr F_____ du 26 juillet 2006, a conclu que l'incapacité de travail de l'assurée avait pris fin le 9 avril 2003 et qu'au-delà, le status mettait en évidence une majoration des symptômes et un trouble anxio-dépressif réactionnel non incapacitants. La Dresse J_____ a suggéré d'interroger la Dresse K_____, interniste au Département de psychiatrie des HUG, pour connaître l'évolution après juillet 2006.
11. Cette dernière a rendu un rapport le 16 octobre 2007. Elle y retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen - sans symptômes psychotiques (F33.10), cd syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble mixte de la personnalité immature et dépendante (F61.0) et qualifie l'état de santé de l'assurée de stationnaire. Le médecin fait état d'une période très difficile pour la patiente suite au décès de sa tante en juillet 2007 et à la maladie de sa fille. La Dresse K_____ dit avoir constaté de l'angoisse, des idées noires occasionnelles mais non suicidaires, un léger ralentissement psychomoteur et l'absence de signes psychotiques. Elle précise que la patiente maîtrise moyennement le français et que le pronostic est réservé au vu de la longueur de l'évolution de la psychopathologie.
12. Le 22 mai 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de supprimer la rente allouée jusqu'alors au motif que l'assurée aurait pu, à compter du mois d'avril 2003, reprendre son activité d'aide de cuisine et recouvrer ainsi entièrement sa capacité de gain.
13. Le 10 juin 2008, la Dresse L_____, médecin adjoint du Département de psychiatrie des HUG, a informé l'OAI que l'assurée traversait un épisode dépressif sé-

vère avec symptômes psychotiques. Le médecin a précisé que la patiente souffrait d'une importante asthénie, d'un ralentissement psychomoteur, d'insomnies, d'algies diverses, de troubles de la concentration et de la mémoire, d'irritabilité, d'une baisse de l'appétit, d'une tristesse importante avec anhédonie, qu'elle faisait état d'idées suicidaire fluctuantes, d'idées délirantes de persécution et d'un sentiment de méfiance ; parfois, les douleurs somatoformes étaient telles qu'elles rendaient tout acte de la vie quotidienne difficile. Le médecin disait avoir observé une aggravation de l'état psychique de sa patiente depuis septembre 2007 ; cette aggravation s'était manifestée par l'apparition d'une symptomatologie psychotique marquée sous forme d'idées délirantes à thème persécutoire (impression que les gens parlaient d'elle dans la rue, peur du regard des autres). Le médecin a conclu à l'impossibilité d'une reprise d'activité professionnelle au vu de la sévérité et de la mauvaise évolution de la pathologie psychiatrique et a préconisé une réévaluation dans un délai de deux ans.

14. Le Dr M_____, médecin-chef de l'unité d'investigation et de traitements brefs de médecine des HUG a quant à lui fait état, dans un rapport établi le 20 juin 2008, d'une discrète péjoration de l'état de santé de l'assurée par rapport au mois de juillet 2007. Il a précisé que les douleurs touchaient essentiellement la région paracervicale gauche et irradiaient désormais non seulement dans la hanche mais aussi sur la face latérale de la cuisse jusqu'au genou ; qui plus est, les mêmes douleurs étaient apparues du côté droit, avec une moindre intensité. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme avait été confirmé par les consultants spécialisés du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. Le Dr M_____ a estimé que ces douleurs handicapèrent clairement la patiente et rendaient toute reprise du travail impossible.
15. Le 26 juin 2008, la Dresse J_____ s'est étonnée de ce que le rapport des HUG du 10 juin 2008 fasse état d'une péjoration remontant au mois de septembre 2007 alors que le rapport précédent - qui datait pourtant du 16 octobre 2007 - n'en faisait pas mention. A sa suggestion, une expertise psychiatrique a été mise sur pied, qui a été confiée au Dr N_____, psychiatre et psychothérapeute FMH

Ce dernier a établi son rapport en date du 8 décembre 2008, sur la base du dossier de l'assurée, d'un entretien de nonante minutes avec cette dernière et d'une « batterie de tests de psychopathologie quantitative ».

L'expert a précisé que le français de l'assurée était sommaire mais compréhensible. Il a mentionné une tentative de suicide par médicaments en 2006 et le contrôle depuis lors des traitements prescrits.

A l'examen clinique, il a dit avoir constaté une grande fatigue et une difficulté à parler. En revanche, il a précisé n'avoir pu mettre en évidence ni difficultés mnésiques, ni symptôme psychotique de type délire, hallucinations, interprétativité ou bi-

zarreries du cours de la pensée ou vécu de persécution. Les tests de psychopathologie quantitative ont révélé un comportement d'allure névrotique, un risque secondaire au conflit entre le besoin de stimulation et la recherche de sécurité, des successions d'impulsions et d'évitement, une vulnérabilité au trouble dysthymique en analogie avec le tempérament dépressif. Les tests avaient révélé une personnalité dépendante, schizoïde et schizotypique mais, selon l'expert, ces résultats devaient être tempérés en raison du fait que l'assurée n'avait pas répondu elle-même aux questionnaires et qu'il pouvait en outre y avoir tendance à l'amplification.

L'expert a finalement retenu à titre de diagnostics un trouble somatoforme douloureux persistant, une dysrythmie (dépression mineure, durable et liée au contexte de difficultés d'adaptation et à la personnalité de l'expertisée) et un trouble de la personnalité du registre borderline (avec éléments dépendants, méfiance, colère non exprimée et agressivité refoulée), dont il a estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Selon lui, les limitations de l'assurée trouvaient leur origine dans ses problèmes d'adaptation culturelle. L'expert a expliqué que l'amplification, la dramatisation et l'expression par le corps d'un vécu d'insatisfaction étaient des symptômes essentiellement subjectifs. Il a émis l'avis que l'assurée devait pouvoir reprendre l'activité de cuisinière qui était la sienne précédemment ; cela la sortirait de son contexte familial, lui donnerait à nouveau un rôle plus valorisant et lui permettrait d'échapper aux critiques de son mari.

16. Dans un avis daté du 29 janvier 2009, la Dresse J_____ a repris les conclusions de l'expert psychiatre et ajouté que, sur le plan somatique, le rapport de l'unité d'investigation des HUG du 20 juin 2008 ne mettait en évidence aucun élément objectif nouveau, pas plus que le rapport de consultation rhumatologique.
17. Le 10 février 2009, l'OAI a rendu une décision mettant fin au versement de la rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en précisant qu'un éventuel recours contre cette dernière n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI, se référant à l'avis du SMR du 26 juillet 2006, a considéré que l'état de l'assurée s'était notablement amélioré depuis avril 2004, que les éléments médicaux recueillis auprès des médecins traitants ne permettaient pas d'admettre un trouble psychiatrique au sens des classifications internationales, qu'aucune pathologie somatique n'avait été mise en évidence par ailleurs, et qu'en conséquence, l'assurée pourrait reprendre son activité d'aide de cuisine. L'OAI a précisé que, sur demande, l'assurée pourrait être mise au bénéfice d'une aide au placement.

18. Par acte du 5 mars 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif - demande rejetée par le Tribunal de céans par arrêt incident du 22 mai 2009 (ATAS/653/2009) - et, principalement, à ce qu'une rente entière continue à lui être allouée.

La recourante reproche à l'OAI de n'avoir mis en oeuvre une expertise qu'après lui avoir communiqué son projet de décision, le 22 mai 2008, alors qu'il envisageait d'ores et déjà de supprimer la rente. Elle souligne que ses médecins traitants ont toujours manifesté leur désaccord envers le projet de décision de l'OAI, auquel elle fait grief de n'avoir pas tenu compte des rapports des HUG des 10 et 20 juin 2008. Elle ajoute que, lors de l'expertise psychiatrique du 22 octobre 2008, elle n'a été assistée par aucun traducteur sri lankais ou anglophone alors même qu'elle maîtrise extrêmement mal le français et qu'il lui a été demandé de remplir des questionnaires à choix multiple rédigés en langue française.

19. Dans sa réponse du 16 avril 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Il allègue que l'expert a souligné que l'assurée s'exprimait dans un français simple, facilement compréhensible, et qu'elle avait manifestement compris sans difficulté les questions qui lui avaient été posées. Il ajoute que l'expert a au surplus pondéré les résultats globaux des tests pour tenir compte du fait que l'expertisée s'était fait aider par un tiers pour remplir les questionnaires qui lui avaient été soumis.

Enfin, l'intimé conteste avoir omis de prendre en compte les rapports médicaux des HUG. Il relève que le SMR s'y est expressément référé en constatant qu'ils n'apportaient pas d'élément objectif nouveau.

20. Dans sa réplique du 19 juin 2009, la recourante a repris les arguments déjà développés dans son mémoire de recours.

Elle observe que si le Dr N_____ dit avoir tempéré les résultats des tests sur la base de suppositions, on ignore dans quelle mesure. Elle fait grief à l'expert de ne pas avoir procédé à un examen suffisant. Elle ajoute que, dans la mesure où le rapport des HUG du 10 juin 2008 se fonde sur les critères de classification de la CIM-10 et émane de médecins neutres, il doit se voir reconnaître une valeur probante prépondérante par rapport à celui du Dr N_____, dont elle estime qu'il est sujet à caution.

La recourante produit à l'appui de ses dires deux nouveaux rapports :

Le premier, établi le 22 mai 2009 par la Dresse O_____, interniste au Département de psychiatrie des HUG, retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, trouble mixte de la personnalité (immature et dépendante) et syndrome douloureux somatoforme. Il fait état d'une évolution stationnaire. L'état dépressif sévère est décrit comme étant marqué par une importante labilité de l'humeur, une tristesse sévère, un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une anhédonie, un pessimisme face à l'avenir, un sentiment d'insuffisance et des troubles du sommeil avec cauchemars. Le rapport précise que, dans les moments d'angoisse, la patiente présente une symptomatologie psychotique de type persécutoire et que, malgré une prise en charge précoce sous forme de traitement psycho-

thérapeutique individuel et « groupal » et de multiples essais pharmacologiques, l'état dépressif a évolué sur un mode chronique. La Dresse O_____ conclut qu'une réintégration du milieu professionnel semble impossible à envisager et constituerait en revanche une source supplémentaire de stress pour la patiente.

Le second rapport, établi le 16 juin 2009 par le Dr P_____, médecin adjoint au service de premier recours des HUG, mentionne des éléments nouveaux apparus en décembre 2008 sous la forme d'une augmentation des douleurs latéro-cervicales gauches, voire de l'hémithorax gauche et de la hanche gauche. Il relate qu'un spécialiste ORL a mis en évidence un empâtement de la région cervico-faciale gauche et a fait procéder à un ultrason du cou, le 13 janvier 2009, ainsi qu'à une IRM en date du 14 janvier 2009 qui n'ont révélé aucune pathologie décelable à ce niveau. Face à la péjoration des douleurs chroniques associée à un contexte psychosocial complexe et à un état dépressif sévère, le Dr P_____ conclut également à l'impossibilité d'une reprise du travail.

21. Le 9 juillet 2009, l'intimé a produit un avis établi le 7 juillet 2009 par le Dr Q_____, spécialiste en médecine interne FMH et médecin auprès du SMR. Ce médecin y émet l'avis que le rapport de mai 2009 ne permet pas de déterminer si l'assurée présente une aggravation durable de son état de santé et si cette aggravation aurait des répercussions durables sur sa capacité de travail. Au vu de cet avis, l'intimé a conclu à un réexamen de l'assurée par le Dr N_____ dont il a relevé que les conclusions ne pouvaient être mises en doute du seul fait qu'il a été mandaté par un assureur. L'intimé a encore soutenu que la recourante n'avait pas établi que sa compréhension du français était insuffisante pour permettre le bon déroulement de l'expertise.
22. Dans son écriture du 23 août 2009, la recourante s'est déclarée prête à se soumettre à une nouvelle appréciation psychiatrique. Elle a cependant fait valoir qu'au vu des divergences entre les conclusions du Dr N_____ et celles des médecins des HUG, il serait judicieux de mandater un nouvel expert.
23. Dans son écriture du 31 août 2009, l'intimé s'en est rapporté à justice sur cette question.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence du Tribunal de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'arrêt incident du 22 mai 2009 (ATAS/653/2009), il n'y a pas lieu d'y revenir.

2. La LPGA est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 129 V 4 consid. 1.2), étant rappelé que les modifications légales qu'elle contient constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant son entrée en vigueur; 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). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente.
4. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version dès le 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 et ATF 113 V 275 consid. 1a). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, 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 I 406/05 du 13 juillet 2006, 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 dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

5. 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 351 consid. 3).

Ainsi, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 351 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 351 consid. 3b/ee).

6. Dans le cas présent, l'intimé a ouvert une procédure de révision de rente à la fin de l'année 2004. Dans ce cadre, il a d'abord demandé au Dr F_____ de procéder à un examen spécialisé qui a eu lieu le 26 juillet 2006 et à l'issue duquel le médecin a conclu que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière depuis le 10 avril 2003. Puis, à la suite du rapport des HUG du 10 juin 2008 mentionnant une aggravation de l'état psychique de la patiente dès septembre 2007, l'OAI a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée au Dr N_____. Ce dernier, dans son rapport du 8 décembre 2008, a également conclu que l'assurée avait recouvré sa capacité de travail dès le 10 avril 2003. Se basant sur les avis des Drs F_____ et N_____, l'intimé a donc mis un terme au versement de la rente. Ce faisant, il s'est contenté de suivre et de faire siennes les appréciations des Drs F_____ et N_____, sans examiner s'il y avait réellement eu amélioration notable de l'état de santé de la recourante.

On relèvera qu'à aucun moment, dans son rapport du 11 octobre 2006, le Dr F_____ ne s'est prononcé sur l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis la décision initiale ; au lieu de cela, il s'est appliqué à critiquer les diagnostics posés précédemment par le Dr B_____ à qui il a reproché d'avoir mal appliqué les critères de la CIM-10, sans préciser concrètement quels symptômes seraient absents et en admettant malgré tout l'existence d'une liste de symptômes permettant de retenir un état dépressif d'une gravité certaine. Ce faisant, le Dr F_____ a procédé à une nouvelle appréciation du cas, ce qui ne saurait constituer un motif de révision valable (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2).

Qui plus est, le Dr F_____, après avoir reconnu l'existence de symptômes d'un état anxio-dépressif réactionnel à une situation lourde et admis par ailleurs avoir observé un fort sentiment de malheur, qualifié de crédible, d'authentique et de tout à fait justifié, a exclu toute atteinte à la santé incapacitante au motif, notamment, qu'il lui semblait avoir décelé chez l'assurée un certain surinvestissement de son propre malheur, une immaturité émotionnelle et une dépendance affective dont il a jugé qu'ils l'empêchaient d'aller de l'avant. Le Dr F_____ n'a cependant retenu aucun diagnostic en relation avec l'immaturité et la dépendance affective évoquées, se mettant ainsi en contradiction avec ses propres constatations sans donner aucune explication à ce sujet.

On ajoutera que le Dr F_____ mentionne une situation conjugale malheureuse dans un contexte socioculturel alors que, dans son rapport du 2 juillet 2002, le Dr B_____ avait considéré qu'aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouait de rôle dans l'affection.

En définitive, le Dr F_____ se base, pour conclure à l'absence d'incapacité de travail, sur l'existence d'un contexte socioculturel ne relevant pas de l'assurance-invalidité. Ce faisant, il procède une fois encore à une nouvelle appréciation de la situation sans expliquer pourquoi il estime que l'influence culturelle évoquée par le Dr A_____ à l'époque comme une possible cause concomitante de l'état dépressif de l'intéressée devrait désormais être considérée comme la seule et unique origine des troubles de la recourante, ni pourquoi l'appréciation du Dr B_____ ne serait plus d'actualité.

Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que, loin de se livrer à une comparaison des états de faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et au moment de la révision, le Dr F_____ n'a fait que se livrer à de nouvelles appréciations. Si l'on y ajoute les contradictions et insuffisances relevées dans son rapport, ce dernier ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante.

Quant à celui établi le 8 décembre 2008 par le Dr N_____, il apparaît qu'il repose essentiellement sur des tests psychologiques établis sur la base de questionnaires rédigés en français alors même que la recourante en a une mauvaise connaissance. On ajoutera que même effectués dans ces conditions, les tests ont permis de mettre en évidence une vulnérabilité aux troubles dysthymiques, une personnalité dépendante, schizoïde et schizotypique, dont le Dr N_____ exclut qu'elles puissent avoir la moindre influence sur la capacité de travail au seul motif que l'assurée pourrait avoir tendance à l'amplification, sans expliquer de quelle manière il a « pondéré » les résultats desdits tests et alors même que plusieurs autres médecins ont conclu différemment.

Par ailleurs, les diagnostics retenus par le Dr N_____ ne se réfèrent à aucune classification internationale, contrairement à ce que requiert la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 130 V 396 consid. 6.3 et ATF 124 V 29 consid. 5b/bb).

Enfin, on relèvera que le Dr N_____ n'a répondu qu'à quatorze des vingt-cinq questions posées par l'OAI (cf. demande d'expertise psychiatrique du 26 août 2008) et encore, de manière très sommaire, alors qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées (ATFA non publié I 776/02 du 14 novembre 2003, consid. 2.3; BÜHLER, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 56).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le rapport du Dr N_____ doit être considéré comme lacunaire. Il n'a ainsi, par exemple, pas répondu à la question 2.5 « depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? », ni à la question 2.6 « comment le degré d'incapacité de travail

a-t-il évolué depuis lors ?». Or, une réponse à ces questions s'imposait d'autant plus que le Dr R_____ est le seul médecin à conclure qu'il n'y aurait jamais eu la moindre incapacité de travail. Or, à aucun moment il n'explique les raisons pour lesquelles il conclut qu'il n'y aurait pas eu état dépressif en 2003, date à laquelle l'existence d'un état dépressif de gravité certaine entraînant une totale incapacité de travail a pourtant été admise par tous les autres médecins.

Au vu des lacunes du rapport du Dr N_____ mises en évidence, on retiendra que lui non plus ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante.

7. L'absence de motivation de la décision initiale ne permet pas de déterminer quels ont alors été les critères décisifs pour l'octroi de la rente.

Cependant, le contenu des rapports médicaux permet de conclure que l'état de santé de l'assurée est demeuré stationnaire depuis lors.

En effet, le rapport du Dr B_____ du 2 juillet 2002 faisait état de l'existence, depuis avril 2001, d'une symptomatologie dépressive et anxieuse se manifestant par de l'insomnie, de l'asthénie, de la tristesse, une baisse d'appétit accompagnée d'amaigrissement, des troubles de mémoire et de concentration, des idées suicidaires épisodiques ainsi que des symptômes du registre anxieux (malaises sur probables attaques de panique) et un tableau algique diffus. Ce médecin avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble somatoforme douloureux persistant.

Depuis lors, les divers rapports médicaux mentionnent un état fluctuant sur le plan thymique avec des phases d'amélioration en avril 2003 (amélioration de la tristesse ainsi que des idées noires et suicidaires permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif en rémission partielle), d'aggravation en 2003 (décès de son beau-père) et en décembre 2004 (décès de son père lors du tsunami ainsi que de ses cinq demi-frères et sœurs, plus la parenté).

Dans un rapport du 10 février 2005, le Dr D_____ fait état d'améliorations transitoires suivies par des rechutes dépressives provoquées soit par un conflit de couple, soit par un conflit familial, soit par des événements de vie difficile. Il considère qu'il n'y a globalement aucune modification depuis le rapport du 2 juillet 2002. Il diagnostique un trouble dépressif récurrent – épisode actuel sévère – sans symptômes psychotiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble mixte de la personnalité (immature et dépendante).

L'état de la recourante s'est à nouveau aggravé en 2005 et 2006 (tentamens médicamenteux avec prise en charge hospitalière dans le cadre d'un épisode dépressif sévère) ainsi qu'en juillet 2007 (décès de sa tante ayant nécessité un soutien intensif de la recourante).

Dans un rapport du 16 octobre 2007, la Dresse K_____ constate un léger ralentissement psychomoteur, de l'angoisse, des idées noires occasionnelles, une diminution de l'appétit, des insomnies. Elle mentionne un état de santé stationnaire et pose les mêmes diagnostics que le Dr D_____.

Dans un nouveau rapport 10 juin 2008, la Dresse L_____ met en évidence également une grande asthénie, des troubles de la concentration et de la mémoire, une irritabilité, une tristesse importante avec anhédonie ainsi que la présence d'idées délirantes de persécution à thème persécutoire et un sentiment de méfiance. Elle observe une nouvelle aggravation de l'état psychique par la présence d'une symptomatologie psychotique (impression que les gens parlent d'elle dans la rue, peur du regard des autres). Elle précise que, globalement, la recourante est restée très déprimée et que son état de santé évolue vers une aggravation chez une patiente ayant tout mis en œuvre pour se rétablir et retrouver une certaine stabilité psychique mais sans résultats.

De plus, les troubles somatoformes douloureux se sont également aggravés puisque les douleurs se sont étendues depuis 2006 au membre inférieur gauche, puis au côté droit depuis 2007.

Au vu des divers rapports médicaux des HUG mentionnant un état de santé globalement stationnaire depuis juillet 2002, le Tribunal de céans ne peut que constater l'absence d'amélioration notable de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de gain et conclure que les conditions d'une révision ne sont pas réalisées.

8. On ajoutera que même si l'on devait admettre que l'évolution de la situation jusqu'en 2003 ne justifiait pas l'octroi d'une rente entière, cela n'a aucune incidence sur le présent litige dès lors que les principes régissant la procédure de révision n'autorisent pas le réexamen sans condition du droit à la rente.

Le principe 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 certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision 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). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au

moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c et ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

En l'espèce, on ne saurait qualifier la décision initiale de rente de manifestement erronée puisque celle-ci n'est pas motivée (cf. ATFA non publié I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 4). Par ailleurs, il n'est pas admissible, pour des motifs de sécurité juridique, de conclure à une erreur manifeste après une nouvelle appréciation de la situation et un examen plus approfondi des faits. Par conséquent, il n'existe aucun élément permet d'admettre que la décision du 11 avril 2003 était manifestement erronée et qu'elle devrait faire l'objet d'une reconsidération.

9. Au vu du sort du recours, l'accord des parties quant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique pour faire préciser si l'aggravation ressortant du rapport des HUG du 22 mai 2009 est durable et si elle a des effets durables sur la capacité de travail exigible n'a plus d'objet.
10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 10 février 2009 annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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'OAI du 10 février 2009.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2009.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
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

Yaël BENZ

Karine STECK

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