

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/890/2009

ATAS/611/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 28 mai 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée c/o N _____, à GENÈVE recourante

contre

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

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M _____, née en 1962, a travaillé en dernier lieu chez X _____ à Genève, en qualité d'aide-comptable caissière, à plein temps.
2. En arrêt de travail à 100% depuis le 30 mai 2003, l'intéressée a déposé, le 1^{er} juin 2004, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui dénommé Office de l'assurance-invalidité de canton de Genève (ci-après: OAI), visant à l'octroi d'une rente.
3. L'OAI s'est procuré le dossier médical de l'assurée auprès de l'assurance perte de gain ATUPRI, ainsi que de la Caisse maladie 57. Dans un rapport adressé à l'attention du médecin conseil de l'assurance perte de gain, le Dr A _____, médecin généraliste, a posé le diagnostic de dépression nerveuse depuis le début mai 2003, engendrant une incapacité de travail de 100% à compter du 30 mai 2003.
4. A la demande de l'assurance complémentaire indemnités journalières perte de gain maladie, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée et posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Dans son rapport d'expertise du 16 mars 2003 (recte: 2004), il écrit, s'agissant de la capacité de travail : "on peut penser que la reprise de travail évoluerait au plus tard comme suit: 50% de capacité de travail à compter du 17 mai 2004, soit deux mois après notre entrevue et 100% de capacité de travail à compter du 14 juin 2004".
5. Dans son rapport du 17 mars 2006 à l'attention de l'OAI, le Dr A _____ a posé les diagnostics de HIV depuis le 12 mai 2004 et épisode dépressif de gravité moyenne F32.10 depuis mai 2003. Selon lui, l'incapacité de travail est de 100% dès le 30 mai 2003. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr A _____ déclare que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, qu'il y a une diminution de rendement de 100%, qu'il n'y a pas d'amélioration possible de la capacité de travail au poste occupé et qu'on ne peut exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.
6. Dans un avis du 30 août 2006, le Service médical régional Suisse-romande (SMR Suisse-romande) a suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B _____ et considéré que, du point de vue psychique, l'assurée avait subi une incapacité de travail du 30 mai 2003 au 16 mai 2004, puis une incapacité de 50% du 17 mai au 14 juin 2004, date dès laquelle elle présente à nouveau une capacité de travail totale.
7. Par décision du 12 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se référant à l'expertise psychiatrique qui conclut à un épisode dépressif, tout en considérant que l'assurée n'avait pas fait le nécessaire pour réduire le dommage,

notamment en refusant de prendre des médicaments pour se soigner et suivre un traitement psychothérapeutique.

8. Par acte du 13 mars 2007, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision par devant le Tribunal de céans (cause A/ 1059/2007).
9. Relevant que l'instruction du dossier était lacunaire, le Tribunal a, par arrêt du 20 juin 2007, admis le recours, annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il a en particulier invité l'OAI à procéder à une instruction complémentaire auprès du Dr A_____, complétée le cas échéant par une expertise somatique et psychiatrique.
10. Cet arrêt n'a fait l'objet d'aucun recours et l'OAI a repris l'instruction du dossier en octobre 2007.
11. Par rapport médical intermédiaire du 30 octobre 2007, le Dr A_____ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assurée, atteinte du virus HIV et souffrant d'un état dépressif de gravité moyenne (F 32.10), s'était aggravé depuis le 12 mai 2004, l'assurée refusant par ailleurs tout traitement.
12. Faisant suite à une demande de l'OAI, l'assurée lui a, par courrier du 1^{er} novembre 2007, confirmé qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, en raison d'un retard dans le paiement de ses primes d'assurance-maladie.
13. Sur la base de ces informations, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dont le mandat a été confié au Centre d'expertise médicale, à Genève (ci-après: CEMED).
14. L'assurée a ainsi été convoquée à plusieurs examens (un examen généraliste, une évaluation psychiatrique et une évaluation infectiologique auprès du Dr C_____ au CHUV, Lausanne).
15. Elle ne s'est pas présentée aux consultations fixées, refusant d'être examinée par des experts mandatés par l'OAI, de surcroît localisés dans le canton de Vaud.
16. Par courrier du 26 mars 2008, l'OAI a invité, sans succès, l'assurée à prendre contact avec le CEMED afin de convenir d'une nouvelle consultation.
17. Par projet de décision du 16 septembre 2008, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée en raison du non respect de son obligation de collaborer.
18. Le 6 octobre 2008, l'assurée a formé opposition contre le projet de décision de l'OAI. Tout en rappelant les difficultés auxquelles elle avait été confrontée lors de son examen par le Dr B_____, elle a indiqué que son état de santé ne lui permettait pas de se soumettre à plusieurs examens médicaux de suite, examens

impliquant en outre un déplacement jusqu'à Lausanne. Dans cette mesure, on ne pouvait lui reprocher son refus de collaborer.

19. En réponse, l'OAI l'a une nouvelle fois invitée à se soumettre à l'expertise pluridisciplinaire, rappelant que cette dernière reposait sur l'arrêt rendu par le Tribunal de céans en date du 20 juin 2007.
20. Par courrier du 24 novembre 2008, l'assurée a réaffirmé sa position selon laquelle elle n'entendait pas se soumettre à l'examen d'experts mandatés par l'OAI.
21. Par projet de décision du 13 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité au motif que sur le plan médical le dossier était lacunaire et que seule une expertise médicale, à laquelle l'assurée refusait de se soumettre, pouvait permettre de déterminer l'ensemble des atteintes à la santé et leur répercussion sur la capacité de travail.
22. Par décision du 17 février 2009, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance -invalidité pour les motifs invoqués dans son projet de décision.
23. Le 13 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a expliqué qu'il était inenvisageable pour elle de se soumettre une nouvelle fois à l'examen d'experts mandatés par l'OAI et qu'elle tenait à disposition de l'OAI deux rapports de médecins ainsi que des analyses de sang.
24. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 24 juin 2009 lors de laquelle l'assurée a déposé deux rapports médicaux, l'un émanant du Dr D_____, interniste, l'autre de la Dresse E_____, psychiatre. Le rapport médical de la Dresse E_____, daté du 19 juin 2009, indique que l'assurée présente un trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte (F 31.6) ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité (F 61); celui du Dr D_____, daté du même jour, atteste que l'assurée est porteuse du virus HIV, qu'elle se plaint de troubles du sommeil, de troubles digestifs, de problèmes dentaires, d'une fatigue générale et de migraines.
25. Par courrier du 3 juillet 2009, l'assurée a transmis au Tribunal un rapport médical complémentaire de la Dresse E_____ établi le 26 juin 2009. Procédant préalablement à une anamnèse, la Dresse E_____ confirme le diagnostic de trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte (F 31.6) et de trouble mixte de la personnalité (F 61); elle relève par ailleurs une humeur labile, des montées de colère entrecoupées de crise de colère ou de crises de larmes, une thymie triste avec idéation suicidaire, une anorexie, des troubles de la concentration, une difficulté à trouver le mot juste, une intolérance à la frustration, des difficultés à se contrôler dans les confrontations avec autrui, une impulsivité et des manifestations d'agressivité passive (fuite, évitement).

26. Le 22 juillet 2009, le Tribunal a procédé à l'audition de la Dresse E_____. Cette dernière a confirmé les diagnostics posés (trouble de la personnalité avec composante borderline, paranoïaque et évitante) et expliqué que si l'assurée ne se soumettait à aucun traitement VIH, alors qu'un tel traitement était dans son cas nécessaire, c'était en raison de son état dépressif sévère qui remontait vraisemblablement au décès de son mari et de son père en 2004. Ce refus de se soigner devait être interprété comme l'expression d'une comorbidité importante. Sa capacité de travail était donc nulle en raison de son état psychique ce depuis 2004. Une psychothérapie de type cognitivo-comportementale pourrait améliorer son état psychique mais la situation resterait difficile. Enfin, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites posé par le Dr B_____ était en réalité une dépression réactionnelle légère par rapport à l'état dépressif F32-F33 et devait s'assimiler plutôt à des traits de la personnalité.
27. A la suite de l'audition de la Dresse E_____, les parties se sont mises d'accord sur la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et somatique. Elles se sont entendues sur la désignation de deux experts, le Dr F_____, médecin-psychiatre, et la Dresse G_____, spécialiste en médecine interne. Par ordonnance du 20 août 2009, le Tribunal de céans leur a confié une expertise psycho-somatique.
28. Le 15 janvier 2010, le Dr F_____ a rendu son expertise psychiatrique en se fondant sur le dossier complet de l'assurée (en particulier l'expertise du Dr H_____ du 16 mars 2004, le rapport médical de la Dresse E_____ du 26 juin 2009, ainsi que le procès-verbal de son audition). Il a reçu à deux reprises l'assurée (2 entretiens de 1h 45 min chacun) et s'est entretenu par téléphone avec la Dresse E_____ (45 min).

L'anamnèse révèle en particulier que, depuis l'annonce de sa séropositivité, en 2004, l'assurée vit au jour le jour avec marginalisation et incertitude du lendemain, étant rappelé que connaissant la séropositivité de son époux depuis 1987, le couple ne s'est rapidement plus protégé. Elle vit actuellement 1 à 2 jours par semaine chez sa mère et le reste du temps est hébergée chez des amis mais fréquente peu de monde. Elle s'alimente peu, trouve le sommeil rarement avant 1 heure, alors qu'elle se réveille tôt le matin sans parvenir à se lever. La prise d'alcool et de cannabis semble modérée et occasionnelle. Elle se plaint d'une fatigue constante tant physique que psychique, avec une humeur triste qui s'accompagne d'idées noires, de culpabilité, d'une perte d'estime de soi, d'une irritabilité, de manifestations anxieuses et de troubles du sommeil.

Sur le plan de l'anamnèse psychiatrique, l'expert indique que l'assurée a tendance à agir, depuis son adolescence et plus récemment avec le déni de la maladie HIV,

avec impulsivité, sans appréciation des dangers encourus. Elle présente des éclats de colère, des comportements explosifs et de fortes tensions internes. Un premier épisode dépressif significatif est à noter à l'âge de 20 ans suite à une rupture sentimentale, puis un autre à la suite de l'annonce de la séropositivité de son mari, du décès de ce dernier et de celui son père en 2004 et, enfin, après avoir eu connaissance de sa propre séropositivité.

Les constatations objectives de l'expert font état d'une irritabilité importante, d'une hyperémotivité avec crise de larmes, d'une humeur labile avec thymie de fond très triste, d'une perte de l'estime de soi, d'idées de dévalorisation et d'un sentiment de culpabilité. L'assurée présente également des difficultés de concentration et de mémoires objectives, elle perd le fil de son propos ou "fait des réponses à côté". Rien dans son comportement n'indique qu'elle entende des voix et il n'y a pas d'observation de signes de la lignée psychotique.

Les diagnostics retenus sont celui de trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte F31.6, avec épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte, l'abus de cannabis et les troubles alimentaires s'intégrant dans ce trouble et celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type Borderline F60.31, le trouble bipolaire devant être qualifié de grave (péjoré par la comorbidité Borderline) et le trouble de la personnalité devant être qualifié de moyennement grave. Les deux troubles ont valeur de maladie et il en découle des limitations psychiques sur le plan de la concentration, de la compréhension, de l'adaptation et de la résistance, limitations qui rendent impossible une activité suivie de plus d'une demi-heure.

S'agissant de la capacité de travail, le trouble affectif bipolaire empêche toute activité coordonnée suivie et stable; il occasionne une incapacité de travail de 80%. Quand bien même il est susceptible d'amélioration par le biais d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique, un pronostic pour l'avenir est plus que réservé. Le trouble de la personnalité entraîne des difficultés en matière de relations interpersonnelles, il est difficile de le traiter et est à l'origine d'une incapacité de travail de 20%. Ainsi, selon l'expert, la capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité envisagée, depuis le 30 mai 2003 et est susceptible de se modifier en cas de compliance à un traitement psychiatrique pendant 2 ans au minimum. Les chances de succès d'une réadaptation sont nulles et il n'est pas possible de dire si la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales.

29. Le 15 février 2010, la Dresse G _____ a rendu son expertise sur la base de deux entretiens avec l'assurée (2x2h) et du dossier complet de l'assuré, et au vu de l'analyse des bilans biologiques, de la radiographie thoracique effectuée le 5 octobre 2010 et du CT thoracique effectué le 29 janvier 2010.

L'anamnèse révèle que, suite à l'annonce de sa séropositivité en 2004, l'assurée n'a pas été suivie sur le plan somatique. Un premier bilan effectué en février 2009

montre l'absence d'hépatite, une discrète carence en vitamine B12, et sur le plan HIV, une charge virale modérée avec un déficit immunitaire intermédiaire. Ces résultats ne posaient pas d'indication à un traitement antiviral.

La situation actuelle indique que, depuis 2004, voire au-delà, l'infection HIV est peu évolutive. Sous l'angle des défenses immunitaires, le déficit peut être qualifié de modéré. L'assurée ne risque donc pas de développer une infection de type opportuniste qui définit le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et il n'y a toujours pas d'indication à un traitement anti-HIV, un bilan tous les 6 mois étant préconisé.

Cela étant, l'assurée dit souffrir de diarrhées et vomissements, d'un herpès récidivant, de malaises orthostatiques, de troubles de la concentration, d'asthénie (elle ne parvient pas à rester en activité au-delà de deux heures d'affilées tant en raison d'une fatigue psychique que physique), d'extrasystoles (battements cardiaques ressentis comme trop violents), de névralgies et de mycoses vaginales.

Objectivement, l'expert relève que l'infection HIV au stade que connaît l'assurée peut engendrer une fatigabilité accrue sans toutefois expliquer l'ampleur de l'asthénie ressentie par l'assurée. Les diarrhées engendrent un inconfort réel et expliquent en partie la perte de poids (15kg entre 2005 et 2006), mais le bilan biologique montre l'absence de répercussion grave, le poids - à l'instar de l'état général - étant par ailleurs stabilisé depuis 2006 et les analyses ne faisant pas état de carences.

Les diagnostics posés sont ceux d'une infection HIV, d'une dermite vésiculaire due au virus de l'herpès récidivant, de vomissements et de diarrhées récurrents d'origine indéterminée et d'une hypotension orthostatique.

En raison de ces différents troubles somatiques, en particulier la fatigue, les troubles digestifs, l'hypotension et le caractère instable et imprévisible de l'état général, l'expert admet une incapacité de travail de 20%, qu'elle fait remonter au début 2005 sur la base des indications données par l'assurée. Les limitations fonctionnelles résident exclusivement dans la fatigabilité. Une activité lucrative sédentaire serait donc exigible à 80%, avec une diminution de rendement à 20%. Enfin, des mesures médicales pourraient améliorer les troubles digestifs et l'hypotension orthostatique. Sur le plan de l'infection HIV, le pronostic est assez favorable, la probabilité de développer à court terme des complications du fait du virus HIV étant faible.

30. Appelées à se déterminer sur ces expertises, les parties ont fait valoir leurs observations. L'OAI a, par détermination du 15 mars 2010, conclu à l'admission partielle du recours relevant que le SMR avait admis - sur le vu des expertises des Dr F_____ et G_____ - une incapacité de travail de 100% dès le 30 mai

2003. Vu le délai de carence, l'assurée avait donc droit à une rente entière de l'assurance- invalidité à l'échéance du délai de carence, soit dès le 30 mai 2004.

31. Sur quoi, l'affaire a été gardée 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 229 consid. 1.1 et les références) 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit inter temporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 17 février 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), elles seront appliquées selon les règles de droit intertemporelles.

4. Interjeté dans les forme et délais prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 LPGA).
5. Dans sa détermination du 15 mars 2010, l'OAI a indiqué admettre partiellement le recours en reconnaissant à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité à

compter du 30 mai 2004. Il s'agit néanmoins d'examiner si c'est à bon droit que l'OAI a admis l'octroi d'une rente entière à compter du 30 mai 2004.

6. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, pour les assurés actifs, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Par ailleurs, dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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.

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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

8. En l'espèce, l'OAI s'est - à juste titre - rallié aux conclusions des Dr F_____ et G_____, lesquels se sont vu confiés par le Tribunal une expertise judiciaire. En effet, ces deux expertises revêtent manifestement pleine valeur probante. Elles comprennent une anamnèse, résultat pour chacun des experts de deux entretiens avec la patiente, font état des plaintes émises et posent des constatations objectives. Les diagnostics retenus, à savoir une infection au virus HIV, un trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte (F31.6) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type Borderline (F60.31), sont clairs et motivés. Ils corroborent dans une large mesure ceux retenus par les médecins traitants, les Dr A_____ et E_____. Le Dr F_____ explique en outre en quoi l'expertise du Dr H_____, dénuée d'élément d'analyse du fonctionnement de la personnalité de la recourante, est lacunaire quant au diagnostic posé (trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites F43.25). Ce diagnostic doit être écarté dès lors que la symptomatologie ne s'organise pas uniquement autour des événements stressants de 2003 et 2004 (découverte de sa séropositivité, décès de son père et de son mari) et il existe des événements pathologiques antérieurs (thymique et Borderline dès l'adolescence) et postérieurs à cette période.

Sous l'angle de la capacité de travail, qualifiant le trouble bipolaire de grave (péjoré par la comorbidité Borderline) et le trouble de la personnalité moyennement grave, le Dr F_____, à l'instar du médecin-traitant, retient ainsi une incapacité de travail complète, dans quelque activité que ce soit, depuis le 30 mai 2003. Les limitations d'ordre psychiques, à savoir des difficultés sur le plan de la concentration, de la compréhension, de l'adaptation et de la résistance, rendent en effet impossible une activité suivie pendant plus d'une demi-heure. A cela s'ajoutent des difficultés en matière de relations interpersonnelles. Par contre, selon le Dr G_____, les troubles somatiques n'occasionnent qu'une diminution de la capacité de travail de 20% en raison de la fatigue en découlant. Sous cet angle également, les conclusions des deux experts - qui ne sont pas remises en causes par l'OAI - sont manifestement fondées.

En conséquence, il convient de retenir sur la base des conclusions des expertises judiciaires, une incapacité de travail totale dès le 30 mai 2003 qui trouve son origine dans les troubles psychiques dont souffre la recourante. Partant, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité.

9. Se pose encore à ce stade la question de la naissance du droit à la rente, l'OAI admettant l'octroi d'une rente entière dès le 30 mai 2004.
10. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, 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 (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 (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1).

11. En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir, ce qui est unanimement admis, le 30 mai 2003 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire. La survenance du droit à la rente d'invalidité peut donc être fixée au 30 mai 2004. La demande ayant été déposée le 1^{er} juin 2004, soit dans le délai d'une année à compter de la survenance du droit, le 30 mai 2004, il apparaît que - conformément à ce qu'a admis l'OAI - la requérante a droit à une rente entière à compter du 30 mai 2004.
12. Au bénéfice des explications qui précèdent, le recours sera admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour calcul des prestations dues.
13. En matière de refus ou d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al.1bis LAI). Cela étant, au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument.

**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'intimé du 17 février 2009.
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, à compter du 30 mai 2004.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues.
5. Renonce à percevoir un émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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 :
Aline SOFER

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