

GE_GERICHTE A/801/2009 vom 30. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_801_2009

FR: GE_GERICHTE A/801/2009 du 30 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/801/2009 del 30 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.11.2009 A/801/2009

A/801/2009 ATAS/1513/2009 du 30.11.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 26.01.2010, rendu le 13.09.2010, ADMIS, 9C_63/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/801/2009 ATAS/1513/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 30 novembre 2009 En la cause Madame C_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Madame C_____, née en 1958, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'ouvrière jusqu'en 1992, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail, essentiellement, en raison d'une infection pulmonaire et de céphalées. Le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail a rédigé en date du 19 février 1993 un rapport d'expertise à l'intention de l'assurance perte de gain. Il en ressortait que l'assurée souffrait surtout de céphalées répétitives et d'angoisses. Le médecin a indiqué que le tableau évoquait un syndrome d'hyperventilation favorisé par un terrain anxieux. Les tests neuropsychologiques pratiqués avaient mis en évidence un ralentissement, une fatigabilité, des troubles attentionnels et de programmation et de discrets troubles mnésiques. S'y étaient ajouté un état dépressif et des céphalées pulsatiles fréquentes avec des vertiges et des troubles visuels (cf. rapport du Dr M_____). Le 2 septembre 1993, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). A l'époque, c'était principalement l'évitement agoraphobique qui constituait un obstacle à la reprise d'une activité lucrative (cf. rapport du Dr A_____ du 1er novembre 1993). Une expertise psychiatrique a été pratiquée par le Dr N_____ le 12 juin 1994. Ce dernier a exprimé l'avis que la pathologie de l'assurée était directement et indirectement associée à l'intoxication qu'elle avait probablement subie sur son lieu de travail. Il a ajouté que les séquelles d'une intoxication peuvent être durables mais qu'au vu des capacités d'auto-réparation du cerveau et des organes périphériques, on ne pouvait conclure à une invalidité définitive. Il a toutefois admis que, depuis juillet 1992, l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative. L'expert a émis l'hypothèse que cette incapacité de travail durerait vraisemblablement deux ans. Sur la base de cette expertise, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité avec effet au 1er janvier 1993 pour séquelles d'intoxication aux solvants, dysthymie dépressive, fatigue, adynamie et diminution des capacités mentales. Dans le cadre d'une première procédure de révision initiée en 2001, le Dr O_____, alors médecin traitant de l'intéressée, a établi en date du 8 novembre 2002 un certificat indiquant à titre d'affections principales : un asthme bronchique, un état de stress, une dépression nerveuse, un syndrome de fatigue chronique, des névralgies cervico-brachiales bilatérales, une

colonne cervicale à la courbure lordotique très accentuée, une fracture de l'apophyse épineuse du C7 et enfin, un trouble de la sensibilité périphérique des membres supérieur et inférieur gauches. Le 12 septembre 2003, l'OCAI a supprimé la rente qui était jusqu'alors allouée à l'assurée au motif que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré. Par courriers des 6 novembre et 10 décembre 2003, le Dr O_____ a informé l'OCAI de l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique et douloureuse de sa patiente. L'OCAI a mis sur pied une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr P_____ qui, dans son rapport du 18 février 2004, a conclu à un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne sans symptôme psychotique, accompagné d'une agoraphobie avec troubles de panique. Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 0% et a préconisé, en vue de l'augmenter, un traitement psychiatrique sous forme d'antidépresseurs ou de psychothérapie sous forme de thérapie cognitive ou comportementale. En date du 14 avril 2004, l'OCAI a décidé de continuer à verser une rente à l'assurée à la condition que celle-ci se soumette à un traitement psychiatrique. Il l'a informée que son dossier ferait l'objet d'une révision une année plus tard. La seconde procédure de révision a été initiée au mois de mai 2005. En date des 18 et 26 mai 2005, le Dr O_____ fait état d'une aggravation de l'état de santé général de sa patiente. Il a diagnostiqué : un asthme bronchique aggravé, une dépression nerveuse, un état de stress permanent, un syndrome cervical aggravé avec vertiges, nausées, vomissements, un côlon irritable et un syndrome de fatigue chronique. Il a évalué la capacité de travail de sa patiente à 0% et a émis un pronostic réservé malgré les multiples mesures thérapeutiques entreprises. Souffrant de migraines récurrentes, l'assurée s'est soumise à un examen neurologique effectué le 2 février 2005 par le Dr Q_____, qui a conclu à des migraines communes tout en préconisant la mise en œuvre d'un traitement de fond. La Dresse R_____, ophtalmologue, a émis l'hypothèse que la presbiopie de sa patiente pouvait expliquer une partie de ses céphalées. Le Dr S_____, psychiatre traitant, a conclu dans un rapport daté du 7 avril 2006 à des troubles de l'humeur organiques (F 06.3), à un trouble de personnalité affective (F 34.0) et à un trouble panique avec agoraphobie (F 40.01). Il a estimé la capacité de travail de la patiente à 0%. L'OCAI a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique qu'il a à nouveau confiée au Dr T_____. Ce dernier, dans son rapport du 13 septembre 2007, a retenu à titre de diagnostics un trouble dépressif récurrent épisode moyen sans symptômes psychotiques, une agoraphobie avec trouble panique et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. L'expert a considéré que la reprise d'une activité lucrative n'était toujours pas envisageable. Il a indiqué qu'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique intensif et un traitement antidépresseur sous contrôle monitoring thérapeutique étaient nécessaires pour espérer une amélioration de l'état psychique de l'assurée, amélioration qui pourrait être compatible avec une activité professionnelle s'exerçant à mi-temps au moins et à condition qu'elle soit adaptée à ses limitations physiques. En attendant, l'évolution a été qualifiée de non favorable. Par courrier du 16 novembre 2007, le Dr O_____ a informé l'OCAI que l'assurée allait entreprendre un traitement psychiatrique auprès du Dr U_____. Le 9 novembre 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il l'a informée qu'il avait l'intention de supprimer sa rente d'invalidité aux motifs que son état de santé s'était amélioré. Le 14 décembre 2007, l'OCAI a rendu une décision formelle en ce sens. Le 16 janvier 2008, le Dr O_____ a attesté d'une détérioration générale de l'état de santé de sa patiente, surtout du point de vue psychologique. Il a par ailleurs fait état de l'aggravation de son atteinte rhumatismale articulaire et musculaire avec l'apparition de

vertiges, d'un syndrome de fatigue chronique, de troubles dépressifs, d'infections rénales répétées, d'asthme et de bronchite chronique avec épisodes de crises et d'un syndrome rénal avec perte de protéines. Le 24 janvier 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision du 14 décembre 2007. Par décision du 20 mars 2008, l'OCAI a annulé sa décision du 14 décembre 2007 et décidé de reprendre l'instruction de la cause. Le 11 avril 2008, le Tribunal a pris acte de cette décision et a déclaré le recours sans objet. Dans le cadre du complément d'instruction du dossier, l'OCAI s'est adressé au Dr V _____, médecin auprès du service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui a rendu son rapport en date du 12 août 2008. Les diagnostics suivants ont été retenus : trouble dépressif récurrent, agoraphobie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Ont également été mentionnés tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome migraineux ainsi qu'une hystérectomie. Le CHUV a considéré que les problèmes psychiatriques restaient au premier plan et étaient non résolus. L'incapacité de travail a été jugée totale pour des raisons essentiellement psychiatriques. L'expert a précisé que l'état psychique de la patiente s'était aggravé sans que l'on ait pu constater une période de nette amélioration. Sur le plan physique, une importante fatigue a été mise en évidence dont il a été précisé qu'elle entraînait des limitations fonctionnelles. L'expert a observé que les différents troubles s'étaient chronicisés depuis leur installation. Questionné sur l'opportunité d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, l'expert s'est montré très réservé pour les raisons psychiatriques déjà mentionnées. Il a émis l'avis qu'une activité adaptée n'était plus envisageable sous réserve d'une reprise à 50% si un traitement psychiatrique prolongé, intensifié et rigoureux était entrepris et que l'état psychique de l'expertisée s'améliorait effectivement. Il a toutefois réservé son pronostic au vu de la durée de la maladie et des différentes tentatives de traitement restées infructueuses. Au vu de l'atteinte psychiatrique constatée par le CHUV, l'OCAI a mis en œuvre un nouvel examen clinique psychiatrique qu'il a confié à la Dresse W _____, psychiatre FMH auprès de son service médical. Cette dernière a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission complète. Elle a également mentionné en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une personnalité avec traits émotionnellement labiles de type borderline et des plaintes non systématisées pouvant suggérer l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. La Dresse W _____, se référant aux expertises psychiatriques du Dr T _____ des 18 février 2004 et 13 septembre 2007, a précisé n'avoir trouvé aucun argument remettant en question l'appréciation médicale de ce dernier. Elle a cependant indiqué qu'en ce qui la concernait, elle n'avait relevé aucun signe de dépression. L'experte a tiré la conclusion qu'il y avait lieu de reconnaître que l'état de l'expertisée s'était amélioré au plus tard au mois de février 2008 et a conclu à une capacité de travail entière du point de vue psychiatrique à compter de ce moment-là, tant dans l'activité précédemment exercée de plieuse dans un pressing que dans toute autre activité à condition qu'elle soit adaptée aux limitations physiques de l'assurée. Le 17 décembre 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel, se basant sur l'avis du SMR, il a conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité à compter du mois de février 2008. L'assurée s'est opposée à ce projet. Ce dernier a cependant été confirmé par décision formelle du 4 février 2009. Le 28 janvier 2009, le Dr U _____ a confirmé avoir pris en charge l'assurée depuis le mois de novembre 2007. Il a relevé que cette dernière se plaignait d'un malaise général, d'intensité variable mais permanent, de céphalées quotidiennes et d'insomnies. Il a ajouté qu'elle

n'exprimait pas de plaintes psychiatriques précises mise à part une certaine anxiété. L'examen clinique lui permettait de mettre en évidence un état dépressif léger, des traits névrotiques de type phobique et caractériel, une personnalité fruste, ainsi que des difficultés d'adaptation. Selon les constatations de ce praticien, la symptomatologie dépressive se serait améliorée au mois de janvier 2008. Il a encore précisé que les troubles psychiatriques, à eux seuls, ne justifiaient pas une invalidité, tout en soulignant que l'état général de santé devait être pris en considération. Par écriture du 9 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 4 février 2009 en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité continue à lui être allouée. La recourante conteste le rapport du 23 octobre 2008. Elle reproche à l'expert d'avoir adopté une position ambiguë dans la mesure où il a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent tout en arrivant à la conclusion que ce trouble serait en rémission complète et n'entraînerait aucune limitation fonctionnelle. Elle lui fait grief d'avoir tiré cette conclusion du fait qu'elle a interrompu son suivi psychiatrique au mois de janvier 2008 et qu'aucun traitement antidépresseur ne lui a plus été prescrit depuis lors. La recourante fait remarquer que ce n'est pas volontairement qu'elle a mis fin au traitement psychiatrique qui lui était dispensé par le Dr S _____ mais que c'est sa situation financière qui l'y a conduite. Par ailleurs, elle allègue que son médecin traitant a continué à lui administrer un traitement antidépresseur. Quant à la prétendue amélioration de son état de santé psychique, la recourante fait valoir qu'il y a lieu de ne pas reconnaître de valeur probante à l'expertise du Dr W _____ et de se reporter en conséquence à celle du Dr T _____ du 15 août 2007 laquelle a d'ailleurs été confortée par l'appréciation du Dr V _____, du CHUV. Elle ajoute que le Dr U _____ a certes indiqué que les troubles psychiatriques ne justifiaient pas à eux seuls une invalidité mais qu'il a aussi précisé qu'il fallait les associer à son mauvais état général. Dans sa détermination au fond du 21 avril 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il constate qu'en l'occurrence, ce sont essentiellement des motifs psychiatriques qui ont motivé l'octroi et le maintien d'une rente d'invalidité en faveur de la recourante. Or, la Dresse W _____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique qui pourrait réduire l'exigibilité professionnelle de l'assurée. L'intimé ajoute que, sur le plan somatique non plus, aucun élément n'a de répercussion sur la capacité de travail puisque, de l'expertise réalisée en août 2008 par le Service de néphrologie du CHUV, il ressort que l'on a pu exclure une maladie rénale ou toute autre affection organique. Quant aux épisodes d'asthme sévère rapportés par le médecin traitant, l'OCAI relève qu'aucune fonction pulmonaire n'a été pratiquée et que le syndrome obstructif n'est pas traité de sorte qu'il ne peut être retenu comme invalidant. Le 22 mai 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande de rétablissement de l'effet suspensif (ATAS/652/2009). Par courrier du 15 juin 2009, le conseil de la recourante a informé le Tribunal qu'il cessait d'occuper. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003

(4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2003, respectivement au 1^{er} janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis le 1^{er} janvier 1993, date à compter de laquelle elle s'est vu allouer une rente entière et ce, au point de conduire à la suppression de ladite rente. Selon l'art. 17 LPGA (applicable à compter du 1^{er} janvier 2003), 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. 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 343 consid. 3.5 et les références). Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA;

pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 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. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que la rente

allouée à l'assurée en 1993 l'a été en raison principalement, de l'évitement agoraphobique dont le Dr A_____ a souligné qu'il constituait un obstacle à la reprise d'une activité et que le Dr L_____ qualifiait de syndrome d'hyperventilation favorisé par un terrain anxieux. A l'époque des faits, l'OCAI s'était basé sur l'expertise du Dr N_____, lequel avait conclu à une incapacité de travail dont il émettait l'hypothèse qu'elle durerait deux ans. Les diagnostics retenus étaient ceux de séquelles d'intoxication aux solvants, dysthymie dépressive, fatigue, adynamie et diminution des capacités mentales (mises en évidence par les tests neuropsychologiques) Il convient dès lors de comparer cette situation à celle qui prévalait au moment de la décision litigieuse, soit le 4 février 2009. Force est de constater que les diagnostics retenus par la Dresse W_____ au titre de ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail ne consistent plus désormais qu'en un trouble dépressif récurrent en rémission complète. Le rapport d'examen de la Dresse W_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que ses conclusions en faveur d'une amélioration de l'état psychique de l'assurée depuis février 2008, sont corroborées par celles du Dr U_____, qui n'a mis de son côté en évidence qu'un état dépressif léger, des traits névrotiques et des difficultés d'adaptation et qui a précisé que la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008. Ni l'un ni l'autre de ces deux médecins n'a plus relevé de trouble agoraphobique. Au surplus, il ressort du rapport du Dr V_____ que les troubles somatiques n'entraînent pour leur part pas de diminution de la capacité de travail. Seule une importante fatigue a été mise en évidence, dont il a été souligné qu'il fallait la retenir à titre de limitation fonctionnelle, mais l'incapacité de travail à laquelle a conclu le Dr V_____ était motivée par les seuls problèmes psychiatriques de la patiente, dont le Dr U_____ a confirmé, en date du 28 janvier 2009, qu'ils ne justifiaient désormais plus d'invalidité à eux seuls. Eu égard à ces considérations, il y a lieu de confirmer que l'état de l'assurée s'est amélioré et de suivre les conclusions de la Dresse W_____ quant à une capacité totale de travail dans l'activité précédente ou une autre, adaptée aux limitations physiques de l'assurée. En conséquence, la décision du 4 février 2009 est confirmée et le recours rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le