REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1183/2007 **ATAS/1189/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 30 octobre 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Bertrand PARIAT	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : l'assurée) ressortissante suisse, née le 1960, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, a travaillé comme secrétaire auprès de divers employeurs.

2. L'assurée a été en incapacité de travail totale dès août 2000, puis à 50% dès juin 2001, date à partir de laquelle elle a travaillé en tant que commise-huissière au sein du Pouvoir judiciaire du canton de Genève.

3. Par décision du 5 avril 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a, sur la base d'un rapport établi le 26 novembre 2001 par le Dr - A_____, psychiatre traitant, reconnu l'assurée invalide à 50% en raison d'un trouble dépressif majeur, récurrent, sévère, sans caractéristique psychotique. Une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée dès le 1er août 2001.

4. Suite à une procédure de révision du droit à la rente ouverte par l'OCAI, ce dernier a, par décision du 23 septembre 2004, considéré que le droit à la rente ne s'était pas modifié et que par conséquent l'assurée continuait à bénéficier d'une demi-rente.

5. Avant de rendre sa décision, l'OCAI a rassemblé plusieurs documents:

   - Le 4 mai 2004, l'assurée a indiqué à l'OCAI que son état de santé s'était aggravé depuis le 26 octobre 2003, date à partir de laquelle elle était en incapacité de travail totale.

   - Dans un rapport du 28 mai 2004, le Dr B_____, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble spécifique de la personnalité, type dépendante (F60.7) et d'épisode dépressif actuellement léger, avec somatisation (F32.01). Ce dernier diagnostic existait depuis mars 2004. Il suivait l'assurée depuis décembre 2003 et n'avait jamais fixé d'incapacité de travail. A son avis, la capacité de travail était nulle depuis mars 2004. Par contre, dès la sortie de l'épisode dépressif actuel, l'assurée aurait une capacité de 50 %. L'assurée souffrait d'une instabilité persistante de l'humeur, de difficultés à rester active, perdant très facilement toute confiance, incapable de maintenir durablement un intérêt soutenu. Elle présentait, en plus, un épisode dépressif léger, avec plaintes de fatigue, l'impression que tout est plus difficile pour elle que pour les autres (en particulier son travail et la garde de son fils) avec syndrome somatique complet dans sa sémiologie ainsi que toutes les caractéristiques d'un trouble spécifique de la personnalité grave de type dépendante.

   - Le Dr C_____ médecin traitant, a expliqué dans un rapport du 10 juin 2004, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé sans qu'il y ait de changement dans les diagnostics. S'agissant de sa capacité de travail, il n'y avait pas de changement

véritable depuis août 2000. L'aggravation était devenue manifeste depuis octobre 2003, principalement en raison de relations difficiles avec un de ses collègues. L'aggravation était basée essentiellement sur les plaintes de l'assurée. Les troubles de la thymie avaient une influence sur sa capacité de travail. Un retour ultérieur au travail était envisageable, à mi-temps, en qualité de patrouilleuse scolaire ou commise administratif, dans une structure ouverte. Le retour à l'ancien poste de travail était alors impossible à évaluer.

- En date du 21 juillet 2004, le Dr D_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après : SMR) a constaté que l'aggravation alléguée n'était pas établie de manière durable et probante et que la demi-rente devait être maintenue. L'assurée avait eu des difficultés relationnelles avec un collègue en automne 2003, ce qui avait amplifié les symptômes dysthymiques de manière réactionnelle et l'assurée avait été mise à l'arrêt par son médecin traitant. Il relève que selon le psychiatre traitant, la capacité résiduelle de travail était de 50 % en dehors des épisodes dépressifs. Pour le Dr D_____, cela signifiait, en dehors des épisodes dépressifs significatifs, c'est-à-dire moyens à sévères. Le Dr E_____ avait quant à lui admis une capacité de travail de 50 %, non pas au poste occupé auparavant, dans lequel l'assurée avait eu des difficultés relationnelles, mais dans des activités semblables.

6. Son contrat en tant que commise-huissière à 50% ayant pris fin le 30 septembre 2004, l'assurée a, dès le 1er octobre 2004, bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

7. Dès le 28 avril 2005, le Dr B_____ a considéré que l'assurée était en incapacité de travail totale.

8. Le 12 août 2005, le Dr F_____, psychiatre et médecin conseil auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a estimé que l'incapacité de travail était définitive et totale.

9. A cette date-là, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, faisant valoir une incapacité de travail totale depuis le 28 avril 2005.

10. L'OCAI a sollicité l'avis de plusieurs médecins:

- Dans un rapport daté du 12 septembre 2005, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Les diagnostics n'avaient pas changé, mais il y avait "une péjoration de la composante dépressive chronique de base avec une augmentation dépressive depuis l'été 2004, puis une décompensation dépressive encore plus grave en avril 2005 avec perte grave de son énergie, mise en question de son rôle de mère, culpabilité, ruminations et demande de fin de vie". L'ensemble avait nettement péjoré les comportements pathologiques liés au trouble spécifique de la personnalité, et ce de façon durable. En d'autres termes, la composante

dépressive de la dysthymie s'était nettement marquée, avec une sorte de profonde tristesse envahissant tous les domaines de la vie de l'assurée, avec des répercussions psychosociales plus difficiles à supporter et invalidantes. Tout était devenu disproportionné, « insurmontable », angoissant, avec une perte de confiance en elle très importante. Récemment, elle s'était montrée nettement suicidaire, découragée de rester si négative. L'évolution avait été gravement pathologique avec un arrêt de travail à 100 % depuis le 28 avril 2005. S'agissant des limitations fonctionnelles, la persistance de l'instabilité thymique sur un fond davantage dépressif, malgré les traitements classiques acceptés avec bonne compliance, ne permettait pas un fonctionnement socio-professionnel adéquat. La capacité de travail était nulle et on ne pouvait envisager un retour au travail, même à temps partiel.

- Le Dr E_____ a quant à lui indiqué dans un rapport daté du 19 décembre 2005 que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis février 2004, les diagnostics avaient changé et le syndrome dépressivo-anxieux récurrent avait une influence sur sa capacité de travail. Dans le poste de travail habituel, la capacité de travail de l'assurée était nulle et une autre activité adaptée n'était alors pas envisageable.

- La Dresse G_____, médecin auprès du SMR, a expliqué, dans une note datée du 9 août 2006, que le dossier de l'assurée avait été soumis à la Dresse H_____, psychiatre auprès du SMR. Cette dernière avait considéré qu'il n'y avait pas assez d'éléments "en faveur de l'aggravation de l'assurée, qui était plutôt stable". Le diagnostic de dysthymie était par définition une dépression chronique de l'humeur qui n'avait pas la gravité d'un trouble dépressif et qui n'était pas invalidant. La capacité de travail demeurait donc inchangée.

11. En date du 6 octobre 2006, l'OCAI a informé l'assurée de son projet de refus d'augmentation de la rente d'invalidité.

12. Par pli du 12 octobre 2006, l'assurée a demandé à l'OCAI de modifier son projet.

13. Dans un rapport daté du 28 octobre 2006, le Dr B_____ a indiqué à l'OCAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis son dernier rapport. La dysthymie avait vraiment évolué vers une dépression grave chronique de l'humeur correspondant maintenant à un trouble dépressif récurrent avec au moins deux épisodes sévères dans l'année, sans épisode euphorique intermédiaire mais avec la persistance d'un état régressé et dépressif qualifiable de moyen avec une profonde tristesse, envahissant tous les domaines de sa vie et avec des répercussions psychosociales difficiles à supporter et invalidantes: une incapacité de sortir de sa solitude affective, une projectivité et irritabilité pathologique qui la rendaient, au moindre conflit banal, disproportionnée dans ses actions pathologiques (dont abus médicamenteux et alcoolisations avec crises clastiques) de destruction, des réactions pathologiques de «démission épisodique », par exemple en tant que mère.

L'incapacité de travail totale était confirmée. L'atteinte thymique était évolutive et empirait avec les années. Elle survenait chez une femme souffrant d'un trouble spécifique de la personnalité, type dépendante, souffrant d'une hépatite C (aggravation de la fatigabilité) suite à une période de toxicomanie grave vers l'âge de 20 ans, toujours menaçante. Les essais de divers psychotropes étaient sans effet et limités par l'atteinte hépatique.

14. En date du 16 janvier 2007, l'OCAI a informé l'assurée de la nécessité de procéder à une expertise médicale et a mandaté à cet effet le Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

15. Dans un rapport daté du 1er février 2007, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F32.10) ainsi qu'une personnalité dépendante (F60.7). L'assurée présentait également une dysthymie (F34.1) mais celle-ci n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, l'expert a fait état d'une diminution de l'énergie, d'une diminution de la volonté ainsi que d'un ralentissement moteur. L'intensité de ces limitations entravait la capacité de travail à 50 % et il n'existait pas de limitation sur le plan social. Il n'y avait en outre pas de diminution de rendement, en l'absence de ralentissement psychique et de troubles cognitifs. Cette incapacité de travail de 50% existait depuis le 2 août 2001 et était toujours restée identique. Ainsi, malgré la présence de troubles psychiques, l'assurée était à même d'exercer son activité habituelle, en précisant qu'il n'y avait jamais eu de crise clastique sur le lieu du travail et que la présence d'idéation paranoïde n'avait pas été objectivée. L'expert a indiqué comprendre difficilement comment l'assurée pouvait présenter des épisodes sévères envahissant tous les domaines de sa vie, comme l'avait mentionné le Dr B_____ dans son rapport du 28 octobre 2006. Dans ledit rapport, les épisodes sévères n'étaient pas étayés par la description d'une symptomatologie correspondante. Selon l'expert, même si l'état de l'assurée s'était aggravé, l'aggravation était trop peu marquée pour justifier une incapacité de travail allant au-delà de 50%.

16. Dans un rapport du 12 février 2007, les Drs G_____ et J_____, médecins auprès du SMR, ont conclu, sur la base de l'expertise, qu'il n'y avait pas d'aggravation et que la capacité de travail de l'assurée demeurait inchangée.

17. Par décision du 20 février 2007, l'OCAI a confirmé son projet du 6 octobre 2006, précisant que les conclusions de l'expertise psychiatrique du 30 janvier 2007 ne permettaient pas de modifier le projet puisque selon l'expert l'assurée pouvait exercer son activité lucrative habituelle à hauteur de 50%.

18. Par acte du 22 mars 2007, l'assurée, représentée par Maître Bertrand PARIAT, a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 28 avril 2005, avec suite d'intérêts, et subsidiairement à

l'octroi d'une rente entière dès septembre 2005, avec suite d'intérêts. La recourante fait valoir que les constatations du Dr I_____ sont en totale contradiction avec l'avis des médecins qui la suivent depuis plusieurs années, soit les Drs B_____ et E_____. À son sens, il est important de relever que l'expert n'avait jamais pris contact avec ces médecins, lesquels étaient pourtant les plus à même de s'exprimer au sujet de son état de santé. De plus, l'expert ne l'avait vue qu'à une seule reprise. Par ailleurs, l'aggravation de son état de santé remontait au mois de mars 2004. Compte tenu de son incapacité totale et définitive de travailler, l'OCE lui avait même nié, par décision du 16 août 2005, tout droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail. Selon la recourante, c'est de manière choquante que l'intimé prétendait ne pas détenir suffisamment d'éléments permettant d'attester l'aggravation de son état de santé. L'intimé s'était en outre uniquement fondée sur le rapport établi par le Dr I_____ et n'avait absolument pas pris en compte les avis des Drs B_____, E_____ et F_____. Or, la recourante considérait qu'il lui était impossible de reprendre son activité professionnelle.

À l'appui de son recours, la recourante a produit deux rapports établis le 5 mars 2007 par les Drs E_____ et B_____.

Le Dr E_____ a expliqué suivre régulièrement la recourante depuis le 22 février 1991. La principale raison de ce suivi était la mise en évidence d'une hépatite chronique fin 1991, hépatite pour laquelle un traitement par l'Interféron n'avait pas été retenu par les spécialistes (Dr K_____). La recourante souffrait d'une perturbation des tests hépatiques associés à un état de fatigue important, qui avec son état dépressivo-anxieux, lui paraissait incompatible avec une activité lucrative même à temps partiel.

Le Dr B_____ a expliqué à l'attention de la recourante pouvoir témoigner que la maladie psychiatrique avait évolué défavorablement avec trois échecs de tentatives de reprise de travail à 50%, puis avec une incapacité de travail totale depuis mars 2004, laquelle était encore en cours. Il avait constaté l'aggravation de l'état de santé sur une longue période, malgré une bonne observance aux traitements. Cette aggravation avait modifié sa capacité résiduelle de travail, fait évoluer les critères diagnostics et péjoré les valeurs de tests neuropsychologiques d'évaluation. Le praticien a précisé ne pas connaître les arguments de l'expert, mais, selon lui, il ne pouvait y avoir de divergences dans l'existence d'une atteinte durable à la santé psychique de la recourante, ni dans l'évaluation des traitements dispensés dans les règles de l'art. Il ne pouvait concevoir qu'il existe des différences majeures dans les constatations objectives et dans les diagnostics posés. Il s'agissait plutôt d'une divergence dans l'évaluation de l'intensité, de la gravité, de la durée, de la résistance aux traitements, de l'envahissement complet de plus en plus fréquent de son champ de conscience par sa psychopathologie et ses comorbidités. La recourante devait faire valoir qu'elle ne souffrait pas uniquement d'une dépression

avec un trouble simple de la personnalité, mais plutôt que ses comorbidités, l'intensité, la gravité, la durée, la résistance aux traitements et l'envahissement complet de plus en plus fréquent de son champ de conscience étaient tels, qu'elle ne pouvait plus du tout travailler dans une activité lucrative. Ces constatations et les répercussions sur la capacité de travail avaient en outre été reconnues comme telles par l'expert psychiatre mandaté par l'OCE.

19. Dans sa réponse datée du 22 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'expertise a pleine valeur probante. Par ailleurs, les diagnostics posés par l'expert étaient sensiblement les mêmes que ceux présentés par la recourante lors de la décision initiale, confirmée dans le cadre d'une précédente procédure de révision, étant précisé que le diagnostic de dysthymie, tel que mentionné par le Dr B_____, n'avait pas été retenu par le Dr I_____ comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

    S'agissant des nouveaux éléments médicaux versés à la procédure de recours, l'intimé a sollicité l'appréciation de la Dresse G_____, dont l'avis daté du 11 juin 2007 était produit. Cette praticienne a expliqué, en se fondant sur les conclusions de l'expertise, que contrairement à l'avis du psychiatre traitant, l'envahissement du champ de conscience n'handicapait pas la recourante dans sa vie quotidienne et lui permettait de travailler à 50%. Elle s'étonnait de la valeur accordée à l'attestation médicale signée le 12 août 2005 par le Dr F_____, alors qu'elle ne contenait pas le moindre diagnostic. Elle ne s'écartait donc pas, au plan psychiatrique, des conclusions contenues dans l'avis du SMR du 12 février 2007. Le Dr E_____ avait quant à lui indiqué que les tests hépatiques étaient perturbés et qu'ils étaient à l'origine d'une fatigue incapacitante. La Dresse G_____ a précisé que dans les rapports établis par ce médecin traitant en date des 10 juin 2004 et 19 décembre 2005, seul le syndrome dépressivo-anxieux récurrent avait une influence sur la capacité de travail, sans qu'il soit fait mention de l'hépatite C. Ce trouble avait fait l'objet d'une consultation spécialisée chez le Dr K_____ le 23 juin 1993, sans asthénie, une ponction biopsie hépatique était proposée pour juger de la pertinence d'un traitement à l'interféron. La Dresse G_____ a expliqué avoir requis une copie des examens de laboratoire et avoir appelé le Dr E_____. Il en résultait que la dernière prise de sang datait de décembre 2005 et la dernière consultation du 12 octobre 2006. Pour cette praticienne, les tests hépatiques étaient anciens et ne pouvaient être pris en compte pour attester une fatigue. En conclusion, il n'y avait pas d'aggravation et la capacité de travail demeurait inchangée à 50%.

20. Dans sa réplique du 6 août 2007, la recourante persiste dans ses conclusions et sollicite en outre l'audition des Drs E_____ et B_____. Elle explique que ces médecins connaissent parfaitement sa situation et l'évolution de son état de santé. En outre, les conclusions de l'expert constituaient un avis isolé eu égard aux appréciations des médecins spécialistes, soit les Drs C_____ B_____ et

F_____. Les appréciations de ces derniers avaient, selon la recourante, pleine valeur probante. L'aggravation notable datait de 2004 déjà, ce que les Drs I_____ et G_____ n'avaient pas pris en compte.

21. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimé, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; 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).

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

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité de la recourante s'est notablement modifié depuis la décision du 23 septembre 2004.

6. 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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

   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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

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

   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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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 dans son cas. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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 353 consid. 3b/bb).

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

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

9. En l'espèce, il s'agit d'examiner si le degré d'invalidité de la recourante s'est notablement modifié. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 septembre 2004, confirmant l'octroi d'une demi-rente, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 20 février 2007. En effet, dès lors que la décision du 23 septembre 2004 est entrée en force et qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente, la décision précitée constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité.

a) Lors de la décision du 23 septembre 2004, l'intimé a constaté que la recourante continuait à présenter un degré d'invalidité de 50%, vu sa capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Il s'est basé pour cela sur le rapport du Dr D_____, pour qui l'aggravation alléguée n'était pas établie de manière durable et probante, au vu des rapports établis par les Drs B_____ et E_____. Il en résultait que la recourante avait eu des difficultés relationnelles avec un collègue en automne 2003, ce qui avait amplifié les symptômes dysthymiques de manière réactionnelle et elle avait été mise à l'arrêt par son médecin traitant. Ce dernier avait d'ailleurs admis une capacité de travail de 50 %. Le psychiatre traitant avait quant à lui diagnostiqué une dysthymie (F34.1), un trouble spécifique de la personnalité,

type dépendante (F60.7) et un épisode dépressif léger, avec somatisation (F32.01). La capacité résiduelle de travail était de 50% en dehors des épisodes dépressifs.

b) Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que la recourante peut exercer son activité à 50%. Il se fonde pour cela sur les conclusions du rapport du Dr I_____ du 1er février 2007. Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé s'est aggravé et qu'il en résulte une incapacité de travail totale. La thèse de la recourante repose sur les rapports des Drs B_____, E_____ et F_____.

En l'espèce, le Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F32.10), ainsi qu'une personnalité dépendante (F60.7). La recourante souffrait également d'une dysthymie (F34.1) mais qui n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail. Elle présentait donc un trouble de la personnalité dépendante qui s'était sub-décompensé sous la forme d'une dysthymie, puis sous la forme d'un trouble dépressif récurrent. Parmi les éléments potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle, une diminution de l'énergie était présente, mais insuffisamment marquée pour être limitative. En effet, à l'analyse du déroulement du quotidien, la présence de nombreuses activités différentes étaient constatées: la recourante accompagnait son fils à l'école le matin et le recherchait l'après-midi; elle assumait les tâches du quotidien; elle surveillait les devoirs de son fils, elle suivait des cours de qi gong. Il existait une diminution de la volonté, mais qui était modérée: la recourante veillait à ce que son fils ne subisse pas les conséquences de sa souffrance psychique. Lors de l'examen, l'expert a objectivé un ralentissement moteur léger, mais il n'y avait pas de ralentissement psychique. Il n'y avait pas non plus de troubles de la concentration ou de la mémoire. Enfin, la recourante ne présentait pas d'anxiété psychiquement destructurante de manière prolongée (envahissement du psychisme par l'anxiété avec abolition de tout processus de pensée); et s'ils avaient lieu, ils se manifestaient par l'apparition de cauchemars qui étaient calmés par une prise accrue de médicaments. Ils pouvaient également se manifester sous la forme de crises clastiques, mais leur fréquence était réduite (trois à quatre fois par mois), elles étaient limitées dans le temps (quelques minutes) et elles étaient critiquées. Pour l'expert, le nombre, la nature et l'intensité des signes et symptômes que présentait la recourante ne justifiaient pas une incapacité de travail allant au-delà de 50%, étant précisé qu'il n'y avait jamais eu de crise clastique sur le lieu du travail et que la présence d'idéation paranoïde n'avait pas été objectivée.

Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise se fonde sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, sur le dossier de la recourante, sur un examen et un entretien avec cette dernière ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées. Il tient compte des appréciations des Drs E_____ et B_____ et explique pour quelles raisons le diagnostic posé

par ce dernier n'est pas retenu. Il a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître, a priori, une pleine force probante.

Il convient cependant encore d'examiner s'il existe des indices concrets permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. La recourante soutient qu'en retenant une capacité de travail de 50%, le Dr I_____ s'est écarté des avis probants des spécialistes qui la suivent depuis de nombreuses années.

En date du 12 septembre 2005, le Dr B_____, psychiatre traitant, a certes indiqué que l'état de santé de la recourante s'aggravait dans la mesure où la dysthymie évoluait vers une dépression chronique de l'humeur. Ultérieurement, ce praticien a fait état d'une nouvelle aggravation: la dysthymie avait encore évolué et correspondait à un trouble dépressif récurrent avec au moins deux épisodes sévères dans l'année avec, entre-temps, la persistance d'un état dépressif qualifié de moyen et envahissant tous les domaines de la vie de la recourante (rapports des 28 octobre 2006 et 5 mars 2007).

Le Tribunal de céans est cependant d'avis que l'appréciation du Dr B_____ n'est pas propre à douter du bien-fondé des conclusions de l'expert. En effet, ce dernier a, de manière convaincante, expliqué pour quelles raisons on ne pouvait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisodes sévères posé par le Dr B_____. Il a indiqué que pendant l'examen, la recourante avait relevé la présence de moments pendant lesquels la symptomatologie dépressive s'intensifiait, dont la fréquence était variable (une fois par mois à deux fois par semaine). Elle avait précisé que les périodes de péjoration de l'humeur duraient entre un et trois jours, rarement plus. Pendant ces périodes, elle n'avait plus d'appétit, elle repoussait le nettoyage et le travail administratif, elle "tournait en rond", elle s'allongeait souvent car elle ne pouvait plus lire, mais elle essayait de regarder la télévision et avait des cauchemars. La recourante avait expliqué se trouver, au moment de l'examen, dans une telle période. Or, l'expert a constaté que la recourante présentait alors un état compatible avec un épisode dépressif léger, à savoir une réduction de l'énergie, une perte de l'estime de soi, un ralentissement moteur (léger) et des troubles du sommeil. Le critère de l'humeur dépressive n'était pas vérifié, car il n'était pas permanent. La diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables n'était pas marquée (la recourante aimait aller au cinéma, aimait faire des promenades, lire et faire du vélo). Elle ne présentait pas non plus de sentiments de culpabilité excessifs et irrationnels, ni de pensées récurrentes de mort, de troubles cognitifs ou de modification du poids en corrélation avec une diminution de l'appétit.

L'expert a encore précisé comprendre difficilement comment la recourante pouvait présenter des épisodes sévères envahissant touts les domaines de sa vie, comme l'indiquait le Dr B_____. A cet égard, l'expert a relevé que le psychiatre traitant n'avait pas étayé les épisodes sévères par la description d'une symptomatologie correspondante. Le Dr B_____ avait fait état d'une "incapacité de sortir de sa solitude affective", ce qui n'était pas, selon l'expert, limitatif *per se* pour l'exercice d'une activité professionnelle. Le psychiatre traitant avait également indiqué une projectivité et une irritabilité pathologiques, alors que l'examen effectué par l'expert avait permis de constater qu'elles ne justifiaient pas une incapacité de travail accrue. Enfin, le psychiatre traitant avait mentionné des réactions pathologiques de "démissions épisodiques". Or, l'expert a relevé à ce propos que dans les périodes où elle se sentait au plus mal, la recourante continuait à mettre en œuvre tous les moyens pour s'occuper de son fils, ce qui se vérifiait à l'analyse du déroulement du quotidien. Ainsi, selon l'expert, même si l'état de la recourante s'était aggravé, l'aggravation était trop peu marquée pour justifier une incapacité de travail allant au-delà de 50%.

Le Tribunal de céans relève en outre que les rapports du Dr B_____ sont empreints de contradictions. Ce praticien traitant mentionne en effet que l'évolution de l'état de santé de la recourante a entraîné un arrêt de travail à 100% depuis le 28 avril 2005 (rapport du 12 septembre 2005), alors que dans son rapport du 5 mars 2007, l'incapacité de travail serait totale depuis mars 2004.

Pour l'ensemble de ces motifs, l'appréciation du Dr B_____ ne convainc pas le Tribunal de céans.

La recourante fait aussi valoir que les conclusions de l'expert seraient contredites par l'avis du Dr C_____ selon qui aucune activité n'est exigible de la part de la recourante en raison de l'aggravation de son état de santé (rapport du 19 décembre 2005).

L'appréciation du Dr C_____ au demeurant médecin traitant, ne saurait cependant justifier que l'on s'écarte des conclusions de l'expert. En effet, le Dr E_____ fonde l'incapacité de travail totale uniquement sur un syndrome dépressivo-anxieux récurrent, alors qu'il n'est pas spécialisé en psychiatrie. Il semble en outre se contredire lorsqu'il indique que l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis février 2004 (rapport du 19 décembre 2005), alors qu'une telle modification ne ressort pas de son rapport du 10 juin 2004.

Sur le plan somatique, le Dr E_____ a également indiqué que la recourante souffre d'une perturbation des tests hépatiques associée à une fatigue importante, qui vu son état dépressivo-anxieux, paraissait incompatible avec une activité même à temps partiel (rapport du 5 mars 2007).

Or, le Tribunal de céans ne saurait retenir sur la base de cet avis que l'atteinte hépatique dont souffre la recourante a une répercussion sur sa capacité de travail. En effet, le Dr C_____ qui atteste pourtant suivre sa patiente principalement pour cette affection, n'a jamais indiqué à l'intimé que l'incapacité de travail serait due à cette atteinte (rapports des 10 juin 2004 et 19 décembre 2005). Enfin, comme l'a, à juste titre, relevé la Dresse G_____, dans la mesure où la dernière prise de sang date de décembre 2005 et la dernière consultation auprès du Dr E_____ du 12 octobre 2006, les tests hépatiques sont trop anciens et ne peuvent être pris en compte pour attester que ce trouble est à l'origine d'une fatigue incapacitante.

La recourante tente également, en vain, de remettre en question les conclusions de l'expertise au moyen de l'avis d'incapacité de travail totale et définitive établi par le Dr F_____ le 12 août 2005. On ne saurait considérer cet objectif comme atteint dès lors que ce certificat ne comporte aucune description ou appréciation de la situation médicale, ni conclusions motivées (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a), contrairement au rapport d'expertise.

Par ailleurs, malgré ce que semble penser la recourante, le fait que l'expert ne l'ait vue qu'une seule fois n'est en l'occurrence pas décisif. En effet, une seule consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (ATF non publié du 23 mai 2007, I 533/06). En outre, dans la mesure où l'expert s'est fondé sur le dossier médical de la recourante, et en particulier sur les rapports établis par les médecins traitants, il n'était nullement tenu, contrairement à ce qu'allègue la recourante, de prendre contact avec ces derniers.

Enfin, c'est en vain que la recourante fait valoir, dans le cadre du présent recours, que l'aggravation existe depuis mars 2004. Il convient en effet de relever que l'allégation d'une aggravation datant de mars 2004 a déjà fait l'objet d'une décision rendue par l'intimé en date du 23 septembre 2004, qui est entrée en force et que le Tribunal de céans ne saurait par conséquent revoir.

Etant donné qu'aucun des griefs de la recourante ne permet de douter de la valeur probante du rapport d'expertise, force est de constater que c'est à bon droit que l'intimé s'est fondé sur ces conclusions.

c) On doit par conséquent convenir que les circonstances ne se sont pas modifiées entre la décision du 23 septembre 2004 et celle du 20 février 2007, puisque la recourante jouit de la même capacité de travail, à savoir 50% dans son activité habituelle.

10. Mal fondé, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

4. 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	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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