RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1372/2006 **ATAS/1001/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 8 novembre 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée , 1201 GENEVE, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 1954, a été opérée pour changer d'identité sexuelle à l'âge de 19 ans. Elle a exercé la profession de prostituée depuis la fin de son adolescence.

2. Par demande du 29 octobre 2001, reçue le 9 novembre suivant, elle requiert des prestations d'assurance-invalidité en vue de l'octroi d'une rente.

3. Dans son rapport du 11 janvier 2002, le Dr A_____, généraliste et médecin traitant, diagnostique une structure de personnalité de caractère limite, un status après modification chirurgicale de l'identité sexuelle et un état dépressif chronique endogène. L'incapacité de travail est de 100% depuis 1999 pour une durée indéterminée. L'état de santé de l'assurée s'aggrave. Ce médecin indique également que la capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Il note depuis 4 ou 5 ans une installation progressive d'un état dépressif de plus en plus marqué, comportant tous les signes cliniques habituels, et rendant maintenant impossible l'activité professionnelle précédente, ainsi que toute autre activité. Par un traitement médicamenteux, une discrète amélioration de l'image clinique a pu être obtenue, mais insuffisante pour permettre une reprise d'activité. Le Dr A_____ indique enfin que le dosage maximal des médicaments a été atteint, en raison de l'importance des effets secondaires, et qu'il n'a noté aucun symptôme de la lignée psychotique.

4. Les 12 et 29 août 2002, ainsi que le 28 octobre 2002, l'assurée fait l'objet d'entretiens et d'examens psychiatriques par le Dr B_____en vue de l'expertise de son état psychiatrique. Dans son rapport du 8 novembre 2002, l'expert émet les diagnostics de trouble dépressif majeur, isolé, en rémission partielle, état actuel mineur, de boulimis nervosa, de dépendance à la cocaïne (antécédents), de dépendance au cannabis (antécédents), et d'abus d'alcool, sur l'axe I. Dans l'axe II, il note une personnalité limite. Selon l'expert:

> "Actuellement ont valeur d'atteinte fonctionnelle les symptômes résiduels de la série thymique de type fluctuation thymique, les symptômes neurovégétatifs de l'anxiété avec la présence de pics d'anxiété, certains troubles du sommeil associés à une fatigue, des troubles somatiques de type maux de tête et gastralgies, ainsi que probablement une atteinte légère au niveau cognitif. Dans l'ensemble, ces symptômes sont actuellement de nature à induire une atteinte à la capacité de travail de l'ordre de 30% au maximum, dans une activité hors prostitution.

> A noter que l'expertisée parvient à assumer son ménage et qu'elle trouve du plaisir dans certaines activités de loisir. On ne note pas la présence d'un repli social. La consommation de cannabis et d'alcool a pu être arrêtée, bien que la consommation de tabac ait augmentée par contre. L'expertisée n'utilise pas de calmants et n'a pas besoin de recourir à des traitement antalgiques ou anti-inflammatoires. Sa relation avec son mari paraît harmonieuse. Elle envisage de revenir à la prostitution au taux précédent d'activité si sa demande AI est refusée." (p. 12 du rapport)

L'expert ne partage pas l'avis du médecin traitant, selon lequel l'assurée souffre d'un état dépressif chronique endogène, mais estime qu'il est plutôt associé à la présence d'un trouble de la personnalité et à des facteurs réactionnels. De l'avis de l'expert:

> "Il est probable a posteriori que l'expertisée ait présenté un épisode dépressif majeur consécutif au décès de son père, mais qu'elle n'a arrêté son activité professionnelle que 3 mois plus tard. Il est malaisé de savoir si l'arrêt de l'activité a été motivé par une maladie psychiatrique. Il est difficile a posteriori d'attribuer une invalidité ou même une atteinte durable à la capacité de travail, durant 2001. Il se peut toutefois que durant la période consécutive au décès de la mère, à savoir début 2002, l'expertisée n'était pas à même d'assumer une activité professionnelle pendant une période d'un ou deux mois." (p. 13 du rapport).

Dans l'anamnèse, l'expert mentionne que l'assurée a déclaré avoir fait plusieurs tentatives de suicide, en s'ouvrant superficiellement les veines et ingérant des médicaments. Pour se donner du courage avant d'aller travailler, elle prenait de la cocaïne, fumait du cannabis et buvait tous les jours trois ou quatre verres d'alcool. Quant à la capacité de travail, l'expert estime qu'il est possible de l'améliorer à un taux de 100% par une prise en charge psychiatrique, notamment l'augmentation des antidépresseurs. Quant à une reconversion professionnelle, l'expert ne voit pas de contre-indication à une activité professionnelle dans le domaine de la vente ou de l'esthétique. Cependant, l'expertisée exprime une préférence, si elle est obligée de travailler, pour son ancienne activité professionnelle.

5. Par décision du 25 février 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) refuse à l'assurée le droit à une rente d'invalidité.

6. Le 24 mars 2003, l'assurée forme opposition à cette décision, en faisant valoir qu'elle est suivie régulièrement par le Dr A_____, et que son état ne s'améliore pas, en dépit des antidépresseurs. Selon médecin, elle n'est pas

capable d'exercer une activité professionnelle en raison de son état de santé actuel.

7. Par décision sur opposition du 23 avril 2003, l'OCAI rejette celle-ci, sur la base de l'expertise du Dr B_____. Il relève notamment qu'il ressort de l'expertise qu'elle ne voit qu'irrégulièrement le Dr A_____, soit environ six fois par année, qu'elle ne prend un antidépresseur qu'à raison d'un comprimé par jour et n'a pas bénéficié d'un traitement à une dose supérieure. Enfin, elle n'est pas suivie par un psychiatre.

8. Par courrier du 25 avril 2003, le Dr A_____ confirme à l'OCAI que sa patiente est actuellement totalement incapable de travailler pour une période indéterminée. Sa situation médicale n'a pas évolué d'une quelconque façon depuis la rédaction de son dernier rapport.

9. Par courrier du 16 mai 2003, le Dr A_____ demande à l'OCAI l'envoi de l'expertise du Dr B_____. Il estime arbitraire de refuser une rente d'invalidité à cause du nombre de comprimés qu'un patient doit avaler. Par ailleurs, s'il est vrai qu'il n'est pas psychiatre, il a une formation parfaitement adéquate en psychiatrie. Il est en outre faux que sa patiente ne vient à ses rendez-vous que de manière assez espacée. Il fait remarquer que si elle était capable de venir plusieurs fois par semaine à heure fixe à des rendez-vous, elle ne serait sans doute pas si malade que cela. Enfin, il mentionne qu'il a fermement encouragé la patiente à faire recours contre la décision de refus.

10. Par courrier du 2 juin 2003, le médecin conseil de l'OCAI envoie le rapport d'expertise du Dr B_____au Dr A_____ et lui répond notamment que la seule façon de mettre en cause sa décision est de recourir contre celle-ci auprès du tribunal compétent.

11. Par arrêt du Tribunal de céans du 26 novembre 2003, le recours du 7 juillet 2003 de l'assurée contre la décision de l'intimé du 23 avril 2003 est déclaré irrecevable pour cause de tardiveté.

12. Par demande reçue par l'OCAI le 28 janvier 2004, l'assurée requiert à nouveau des prestations d'invalidité en vue d'une orientation professionnelle. Elle y mentionne souffrir d'une dépression depuis 1997.

13. A la demande de l'OCAI, le Dr A_____ confirme, par son rapport du 17 mars 2004, les diagnostics énoncés dans son rapport du 11 janvier 2002, ainsi que l'incapacité de travail de 100% depuis 1999. Il indique en outre ce qui suit:

> "La symptomatologie dépressive dont je parle dans mon rapport de 2002, datant du milieu des années 90, a manifestement continué à s'aggraver malgré un traitement adéquat et bien suivi (il s'agit d'un

> traitement effectué à ma propre consultation; ma formation post-graduée et continue m'autorise largement à assumer cette situation, les attestations nécessaires sont à votre disposition).
>
> Plus encore, si nécessaire qu'il y a deux ans, le tableau clinique présenté par cette patiente me rend actuellement complètement illusoire l'hypothèse d'une reprise d'activité professionnelle, soit dans sa profession "actuelle", soit même au prix d'une formation à un autre métier."

14. Par décision du 20 avril 2005, l'OCAI refuse à l'assurée des mesures professionnelles au motif que de telles mesures n'amélioreraient pas sa capacité de gain. Par ailleurs, il est indiqué dans cette décision qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

15. A la suite de l'opposition de l'assurée à cette décision, elle fait l'objet d'un examen psychiatrique par le Service médical régional (ci-après SMR) de la Suisse romande en date du 5 décembre 2005. Selon le rapport du 20 février 2006 de ce service, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ne peut être retenu. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail: personnalité émotionnellement labile, type Borderline, non décompensé, abus d'alcool, ainsi que troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, actuellement abstinent. La Dresse C_____, qui a examiné l'assurée, estime que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle au décès des parents de l'assurée est actuellement en rémission complète. Ainsi, de l'avis de ce médecin, il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

16. Par décision sur opposition du 21 mars 2006, l'OCAI rejette celle-ci, sur la base de l'examen psychiatrique du SMR.

17. Par lettre du 13 avril 2006, l'assurée interjette recours contre cette décision en concluant implicitement à son annulation. Elle motive son recours comme suit :

> "(…) je ne comprends pas comment votre expert le Dr B_____a pu tirer une conclusion d'un diagnostic: trouble de la personnalité non-décompensé aussi hâtivement quand bien je me fais soigner pour un état aigu de dépression et de tout le traitement qui en découle (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères) et croyez bien que je ne mets aucuns doutes sur ces compétences en tant que médecin. C'est pourquoi, je ne vois pas comment je pourrais envisager une reconversion professionnelle avec le passé destructeur que j'ai subi dans le monde de la prostitution durant toutes ces années et de la pathologie qui en résulte et qui ne va pas en s'améliorant et croyez-moi vivement que ce n'est pas de la

> mauvaise volonté de ma part, et de plus à mon âge avec mon passé et surtout avec mon état de santé, je ne vois pas à quelle autre prestation légitime je pourrais me tourner, c'est pourquoi que j'ose solliciter une rente d'invalidité auprès de votre office."

La recourante informe en outre le Tribunal de céans qu'elle suit une psychothérapie auprès du Dr D_____.

18. Dans sa détermination du 3 mai 2006, l'intimée renvoie aux pièces du dossier et à la motivation de sa décision sur opposition, tout en concluant au rejet du recours.

19. Par écritures du 11 mai 2006, la recourante, représentée par son conseil, conclut, à titre préalable, à ce qu'une contre-expertise soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à la constatation que la recourante a droit à des mesures de reclassement professionnel, sous suite de dépens. Elle conteste s'être opposée à toute tentative de reconversion professionnelle et ne pas souffrir d'une maladie psychiatrique invalidante, alors même qu'elle prend des antidépresseurs et des anxiolytiques. Elle relève également qu'elle n'a pas eu connaissance du rapport du 20 février 2006 du SMR et n'a pas dès lors pas pu s'y déterminer, de sorte que le droit d'être entendu est violé.

20. Le 10 juillet 2006, la recourante transmet au Tribunal de céans un rapport médical et une attestation médicale du Dr D_____ du 19 juin 2006. Celui-ci y certifie que sa patiente le consulte depuis le 1er mars 2005, et qu'elle est au bénéfice d'un traitement antidépresseur régulier de Deroxat et d'un traitement irrégulier anxiolytique de Xanax. Il relève que l'expertise du Dr B_____est complète sur l'anamnèse et explicite dans ses conclusions, mais qu'il ne les partage pas. De l'avis du Dr D_____, le transsexualisme constitue une pathologie et sa patiente souffre d'une psychose dont la folie, ou plus précisément le délire, est le transsexualisme. Sa psychose s'est exprimée en particulier par un recours aux drogues, à l'alcool et à la prostitution. Les dépressions répétées, les tentatives de suicide et de mutilation, la consommation d'alcool et de drogues correspondent en outre au tableau de psychose. De l'ensemble du tableau clinique, il déduit une incapacité de travail à 100%. Il ne voit en outre pas comment sa patiente pourrait assumer une quelconque activité professionnelle ou formation.

21. Par courrier du 11 août 2006, l'OCAI renonce à se déterminer sur l'appréciation médicale du Dr D_____.

22. Par courrier du 12 septembre 2006, le Tribunal de céans informe la recourante que le dossier de l'intimé peut être consulté à son greffe et lui donne un délai au 2 octobre 2006 pour sa réplique, faculté dont elle n'a pas fait usage.

23. Entendue en audition de comparution personnelle en date du 1er novembre 2006, la recourante déclare ne plus pouvoir travailler et de ne pas être en mesure de faire un autre métier que celui de la prostitution. Sur quoi, la cause est gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. a) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6 b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un Tribunal cantonal

compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

b) En l'espèce, la recourante a requis une orientation professionnelle par demande du 28 janvier 2004. Par conséquent, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales dans leur nouvelle teneur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir violé le droit d'être entendu, en omettant de lui donner la possibilité de se déterminer sur le rapport d'examen psychiatrique du 20 février 2006 de la Dresse C_____ dans le cadre la procédure d'opposition.

   a) Le droit d'être entendu constitue une garantie constitutionnelle de caractère formel. Sa violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée, selon la jurisprudence, lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b).

   b) En l'espèce, la recourante n'a certes pas pu se déterminer sur le rapport d'examen médical du SMR du 20 février 2006, avant que l'intimé notifie sa décision sur opposition du 21 mars 2006. Toutefois, elle aurait pu le faire dans la présente procédure, dès lors qu'un délai au 2 octobre 2006 lui avait été accordé pour se déterminer sur le dossier de l'intimé, après que celui-ci l'ait produit devant le Tribunal de céans. Elle n'a toutefois pas jugé nécessaire de prendre position sur les différentes pièces du dossier, notamment l'examen psychiatrique du SMR en cause. Néanmoins, il convient de considérer dans ces circonstances que le vice de procédure a pu être réparé devant l'instance de recours, de sorte que ce grief ne saurait être retenu.

6. Se pose en premier lieu la question de savoir si la recourante a droit à des mesures de reclassement professionnel, comme elle le demande dans ses conclusions.

   a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable.

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès de telles mesures (cf. ATF 110 V 101 consid. 2) qui ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance.

b) En l'occurrence, la question de savoir si la recourante présente une perte de gain suffisante lui ouvrant le droit aux mesures professionnelles peut rester ouverte, dès lors qu'il appert que de telles mesures sont vouées à l'échec d'avance. En effet, la recourante n'a pas demandé des mesures de réadaptation professionnelle dans sa première requête de prestations du 29 octobre 2001. Elle a en outre déclaré au Dr B_____que, si elle était obligée de travailler, elle préfèrerait reprendre son ancienne activité. Par ailleurs, dans son recours contre la décision de refus de rente du 23 avril 2003, elle fait valoir qu'elle se trouve toujours dans l'incapacité totale de travailler et peut encore moins envisager une réinsertion professionnelle. Dans le cadre du présent recours, elle répète de nouveau qu'elle ne pourrait pas entreprendre une reconversion professionnelle. Elle l'a encore confirmé lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 1er novembre 2006. Ce n'est que par ses écritures du 11 mai 2006 et dès le moment où elle est assistée par un conseil qu'elle réclame des mesures de réadaptation. Il résulte de ce qui précède que la recourante n'est manifestement pas motivée pour reprendre une activité professionnelle, dans la mesure où elle se considère incapable de travailler à 100% dans toute activité

7. Il convient également d'examiner si la recourante pourrait éventuellement se prévaloir d'une aggravation de son état lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes

jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

8. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La jurisprudence autorise une déduction globale maximale de 25% des salaires statistiques, lorsque la comparaison des salaires est fondée sur ceux-ci, afin de tenir compte des circonstances particulières du cas d'espèce (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation; cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). 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).

10. 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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

11. Dans sa nouvelle demande de prestations d'invalidité du 28 janvier 2004, la recourante indique comme atteinte "dépression" depuis 1997. Quant à son médecin traitant, le Dr A_____, il a rendu deux rapports à l'attention de l'intimé, en dates des 11 janvier 2002 et 17 mars 2004. Ces rapports indiquent les mêmes diagnostics et font état de ce que l'état de santé de l'assurée va en s'aggravant. Dans les deux rapports, ce médecin déclare que l'incapacité de travail est de 100% dès 1999. Certes, le Dr A_____ certifie dans son deuxième rapport que la symptomatologie dépressive a "manifestement" continué à s'aggraver en dépit d'un traitement adéquat et bien suivi et que, plus encore qu'il y deux ans, le tableau clinique ne permet pas une reprise du travail, que ce soit dans l'ancienne activité ou une nouvelle. Toutefois, ce rapport ne permet pas d'établir en quoi la symptomatologie dépressive de la recourante se serait accentuée une année après l'entrée en force de la décision de l'intimée du 23 avril 2003. Par ailleurs, l'examen psychiatrique effectué par la Dresse C_____ n'a pas non plus mis en évidence une aggravation. Au contraire, il semble plutôt que, grâce à une médication plus ciblée, la symptomatologie dépressive se soit améliorée. Enfin, une aggravation de l'état de santé psychique ne résulte pas non plus du rapport du 29 juin 2006 du Dr E_____. En effet, ce médecin fait essentiellement état de problèmes psychiques liés au transsexualisme de sa patiente. Ces problèmes existent toutefois depuis la fin de l'adolescence et il ne ressort pas du rapport de ce médecin que les répercussions du "délire" de sa patiente sur sa santé psychique auraient augmenté depuis l'entrée en force de la décision de l'intimé du 23 avril 2003. Sur la base de ce rapport, il ne peut notamment pas être admis que des troubles psychotiques se seraient déclarés depuis cette décision. En effet, pour autant que l'on doive admettre l'existence de tels troubles, ils auraient déjà été présents lors de la précédente décision de l'intimé, dès lors que le tableau clinique était identique à ce moment.

    Cela étant, une détérioration notable de l'état de santé de la recourante doit être écartée. Les conditions d'une révision matérielle de la décision du 23 avril 2003 ne sont ainsi pas remplies.

12. La nouvelle demande de la recourante faisant l'objet des décisions attaquées pourrait également être interprétée comme une demande de reconsidération.

a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne pas un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.2; ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 17 LPGA) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1). Enfin, selon la jurisprudence, d'autre part, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 12 consid. 2a et les références). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 13 consid. 2a, 116 V 62; MEYER-BLASER, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 s.).

b) En l'espèce, l'intimé a refusé une première fois le droit aux prestations, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B_____du 8 novembre 2002.

Ce rapport a 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 également exprimé sur la capacité de travail exigible, et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine force probante.

L'expert conclut à une diminution de la capacité de travail de 30% dans une activité hors prostitution en raison des symptômes résiduels de la série thymique de type fluctuation thymique, des symptômes neuro-végétatifs de l'anxiété, des troubles de sommeil associés à une fatigue, des troubles somatiques de type maux de tête et gastralgie, et une légère atteinte probable au niveau cognitif. Selon son appréciation, l'épisode du trouble dépressif majeur, à l'époque de l'expertise, est léger. Il relève à cet égard que l'expertisée parvient à assumer son ménage et trouve du plaisir dans certaines activités et des loisirs. Il n'y a pas non plus de repli social. La consommation de cannabis et d'alcool a été arrêtée, et l'expertisée n'utilise pas de calmants et n'a pas non plus besoin de recourir à des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires. Sa relation avec son mari paraît harmonieuse.

L'expertise du Dr B_____se trouve par ailleurs confirmée par l'examen psychiatrique de la Dresse C_____. Celle-ci n'a notamment pas objectivé des troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Certes, la thymie est légèrement triste, par moment labile, selon les constatations de ce médecin. Cependant, elle ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de sentiment de dévalorisation, de persécution ou de culpabilité. A l'examen, la recourante ne verbalise pas d'idées suicidaires. L'assurée était par ailleurs détendue, ouverte à la relation et authentique. Quant aux traits anxieux, ils sont qualifiés de légers et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. A noter également que la vie quotidienne, telle qu'elle est décrite dans le rapport d'examen psychiatrique de la Dresse C_____, n'est pas caractéristique de celle d'une personne souffrant d'un trouble dépressif majeur.

Quant au Dr D_____, il conclut certes à une incapacité de travail totale, toutefois, il ne motive celle-ci pas par une dépression majeure, mais par une psychose dont le délire est le transsexualisme. Ce faisant, ce médecin n'a cependant posé aucun diagnostic dans une classification reconnue. Par ailleurs, son appréciation est en contradiction avec celle des Drs A_____, B_____et C_____ qui ont expressément exclu des symptômes de la lignée psychotique. Son avis médical ne saurait dès lors être retenu.

Le SMR et le Dr B_____sont cependant d'un avis divergent concernant l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Selon le Dr B_____, celle-ci est de 70 %, améliorable le cas échéant à 100%, alors que le SMR l'évalue à 100%. En l'occurrence, il convient toutefois de constater que l'état de santé psychique de la recourante n'a guère changé entre l'expertise et l'examen par le SMR. Dans ces conditions, il y a lieu de donner la préférence au rapport du Dr B_____. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances au sujet des rapports des Centres d'observation médicaux de l'assurance-invalidité (COMAI), un rapport d'expertise établi par des médecins indépendants et dont l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) doivent être reconnues, ne saurait être mis sur le même pied qu'un rapport du SMR (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

En tout état de cause, en admettant une incapacité de travail de 30% et un abattement de 10%, pour tenir compte du taux d'activité réduit de la recourante, de son âge et de ses limitations, le degré d'invalidité s'établit à 37 % et est ainsi inférieur au degré de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

Au vu de ce qui précède, il ne saurait être considéré que la décision sur opposition de l'intimée du 23 avril 2003, entrée en force, était manifestement inexacte. Une des conditions nécessaires à une reconsidération n'est dès lors pas remplie, de sorte que le refus de celle-ci par l'intimé doit être confirmé.

13. Cela étant, le recours sera rejeté.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La présidente

Pierre RIES — Maya CRAMER

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