RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1415/02 **ATAS/260/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 15 avril 2004

En la cause

Madame A_____, comparant par l'ASSUAS recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____, née en juillet 1953, est mariée et mère de deux enfants nés en 1973 et en 1977. Elle a travaillé en tant qu'ouvrière jusqu'au 30 septembre 1995, date à laquelle elle a été licenciée en raison du transfert à l'étranger des activités de production de son employeur. Par la suite, elle a été sans emploi et a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage.

2. Depuis 1995, elle s'est plainte de cervico-brachialgies droites, ainsi que d'épicondyalgies et a été plusieurs fois en arrêt de travail, puis définitivement dès le 2 janvier 1996.

3. Le 31 janvier 1996, elle a subi une opération de l'épicondylite droite. L'évolution de cette intervention a été marquée par l'apparition d'un syndrome épaule-main, confirmé par une scintigraphie osseuse, qu'un traitement médicamenteux a permis d'améliorer. Par la suite, on a assisté à l'apparition des polyarthralgies migratoires et de lombalgies, ainsi qu'à la persistance de cervico-brachialgies.

4. Le 23 janvier 1997, le Docteur L_____, spécialiste en médecine interne, a estimé, dans sa lettre du 23 janvier 1997 adressée au Docteur M_____, rhumatologue, que la fonction du bras droit de l'assurée n'était plus utilisable pour un travail quelconque. Dès lors que celle-ci se plaignait également que son épaule gauche commençait à lui faire mal comme à droite, ce médecin lui a conseillé de déposer une demande de prestations d'invalidité.

5. Une telle demande a été formée le 28 janvier 1997.

6. Dans son rapport du 4 avril 1997, le Docteur N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 2 janvier 1996. Il a diagnostiqué un état dépressif et un status après une algodystrophie de Sudeck du membre supérieur droit. Selon ce médecin, des mesures professionnelles étaient indiquées et il n'y avait pas de contre-indications dans la profession exercée jusque là, si ce n'est qu'une épargne du bras droit.

7. L'incapacité totale de travail de l'assurée depuis la date susmentionnée est également confirmée par le Docteur M_____, dans son rapport du 8 mars 1999. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'ici, de l'avis de ce médecin. Il a estimé par ailleurs qu'aucune activité adaptée à l'invalidité n'était possible. Il a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, un rhumatisme psychogène, un état dépressif, un status après une cure chirurgicale d'épicondylite droite, une algoneurodystrophie du membre supérieur droit secondaire, une aphonie psychogène, des lombalgies chroniques, une périarthropathie chronique de l'épaule gauche, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés et une

gastrite. Ce praticien a fait état d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique, un état dépressif et des somatisations multiples. Selon les plaintes actuelles de la patiente, elle avait des douleurs au rachis, souffrait d'une fatigue chronique, d'une raideur matinale, d'une faiblesse subjective des deux membres supérieurs sans évidence de rhumatismes inflammatoires ou autre pathologie (résultats de laboratoire normaux). Le Dr M_____ a estimé la capacité de travail résiduelle à 25%.

8. Dans son rapport du 30 mars 2000, la Doctoresse O_____, psychiatre, a attesté une incapacité de travail de 100%. Selon ses diagnostics, l'assurée souffre d'un trouble somatoforme et d'un état dépressif majeur sévère en rémission. Dans sa lettre du 4 avril 2000 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), elle a précisé que sa patiente avait présenté un état dépressif majeur, d'intensité sévère probablement réactionnaire aux douleurs articulaires et somatiques, lorsqu'elle l'a rencontrée en début de l'année 1999. Ces douleurs la handicapaient passablement au niveau de sa qualité de vie, de son autonomie et provoquait un sentiment de dépréciation d'elle-même. A la suite d'un traitement anti-dépresseur, une amélioration nette, du point de vue de l'humeur, s'était produite même si les douleurs physiques restaient très intenses.

9. Les 15 et 30 octobre 2001, l'assurée a été examinée au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Dans son rapport du 26 décembre 2001, ce centre a diagnostiqué, à titre de maladie avec influence essentielle sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de fibromyalgie, d'un syndrome cervico-brachial chronique et d'un syndrome lombo-vertébral non radiculaire chronique, ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'argument pour une maladie de Sudeck et la symptomatologie douloureuse était plutôt à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. La capacité de travail de l'expertisée était, sur le plan rhumatologique, de 80% dans son activité antérieure et de 100% dans une activité adaptée. Selon la consultante en psychiatrie, l'état dépressif était au décours, mais il existait un risque important de rechute. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une incapacité de travail de 70%. Dans leur conclusion de synthèse, les experts du COMAI ont évalué sa capacité de travail à 50% dans l'ancienne profession ou dans toute autre activité adaptée avec port de charges légères, temps de repos aménagé, bras de levier diminué et temps de marche restreint. L'avis divergent du collège des médecins était motivé par le fait que l'assurée était bien intégrée tant au niveau familial que social, dès lors qu'elle était capable d'avoir une activité de fitness et de gymnastique et une vie sociale en dehors de son foyer. Elle était également en mesure d'effectuer la majorité des gestes de la vie quotidienne, lesquels paraissaient aussi exigibles dans une activité lucrative partielle. Selon leur avis, l'assuré présentait certaines ressources, n'avait pas totalement régressé et était présentable à un futur employeur.

10. A la suite de la communication du prononcé du 19 mars 2002 de l'OCAI à l'assurée, prononcé par lequel son degré d'invalidité a été fixé à 50%, celle-ci a « formé recours », par courrier adressé par son conseil le 12 avril et le 6 juin 2002 à ce dernier office. Elle y a conclu implicitement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière.

11. Par sa décision formelle du 30 mai 2002, l'OCAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint dès le 1er janvier 1997, en se fondant sur le rapport du COMAI.

12. Le 6 juin 2002, le conseil de l'assurée a invité l'OCAI à procéder à une rectification de la décision, en se référant à son opposition antérieure au prononcé. La recourante a également conclu à l'octroi d'une rente complémentaire pour son fils, S., né le 9 juillet 1977, dans la mesure où celui-ci avait fréquenté l'Ecole d'Horlogerie de 1995 à 1998. A l'appui de ses dires, elle a produit copies de deux attestations scolaires du Département de l'instruction publique, par lesquelles il était certifié que S. était inscrit pendant l'année scolaire 1995/96 à l'Ecole technique et des métiers dans la section de l'informatique et en 1996/97 au Centre d'enseignement professionnel technique et artisanal (CEPTA) dans la même section. La recourante a également joint copie du certificat de capacité délivré le 31 août 1998 d'où il ressortait que son fils avait terminé son apprentissage dans la formation d'informaticien et avait subi avec succès l'examen de fin d'apprentissage. Ces courriers accompagnés de leurs annexes ont été adressés par l'OCAI à la Commission cantonale de recours AVS/AI (ci-après : la Commission de recours) comme objet de sa compétence.

13. Le 6 juin 2002, la recourante a également adressé à la Commission de recours une attestation médicale de la Doctoresse O_____ par laquelle celle-ci a certifié que sa patiente était traitée depuis le 14 juin 1999 pour un état dépressif majeur réactionnel secondaire à des douleurs à caractère chronique et que son état était stationnaire. Toutefois, depuis avril 2002, l'état de sa patiente s'était nettement péjorée, en raison de l'augmentation de l'anxiété consécutive à la réponse négative de l'assurance-invalidité. La recourante a en outre produit à la même date une lettre du Docteur M_____ à l'attention de son conseil, dans laquelle ce praticien a déclaré notamment que le pronostic pour la reprise d'un travail quelconque était extrêmement défavorable, dans la mesure où les efforts qu'elle devait déjà fournir pour avoir une vie sociale en dehors du foyer et effectuer des exercices physiques, tout en contestant qu'elle faisait du fitness, lui prenait toute son énergie.

14. Dans sa détermination du 20 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI. Il ne s'est pas prononcé au sujet de la rente complémentaire réclamée.

15. Le 21 mars 2003, l'OCAI a communiqué à la Commission de recours copie d'une correspondance que lui avait adressée le conseil de la recourante en date du 2 mars 2003, accompagnée du rapport médical du 6 février 2003 de la Doctoresse O_____, et la note du 14 mars 2003 de son médecin-conseil, le Docteur P_____. Dans le courrier susmentionné, le conseil de la recourante sollicité une reconsidération de la décision dont est recours en raison d'une aggravation de l'incapacité de travail, ainsi que de la découverte d'une intolérance à la morphine qui avait été utilisée pour l'anesthésie de sa mandante lors de l'intervention chirurgicale de l'épicondylite en 1996 et qui semblait être à l'origine de ses plaintes. Quant à la Doctoresse O_____, elle a fait état d'une rechute importante de la maladie dépressive au cours de l'année 2002, dès lors que sa patiente ne comprenait pas que sa souffrance n'était pas reconnue. Cet état de tension a entraîné des troubles du sommeil, une apathie et un état d'anxiété qui s'était exacerbé avec des douleurs de type fibromyalgie et ce malgré la persistance d'un traitement anti-dépresseur bien respecté par la patiente. Cette psychiatre a dès lors attesté une incapacité de travail de 100%, tout en relevant que la situation sociale de sa patiente s'était dégradée également avec un repli sur elle-même et un désir de mort de plus en plus important.

16. En se déterminant le 21 avril 2003 sur l'appréciation médicale de la Doctoresse O_____, le Docteur P_____ a fait notamment observer que l'aggravation de l'état de santé de la recourante était postérieure à la décision, de sorte que cette modification pouvait tout au plus faire l'objet d'une demande de révision.

17. Le 24 juillet 2003, la recourante a produit une attestation médicale du Professeur Q_____ de la Clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Selon celle-ci, la patiente s'était déplacée à l'examen avec beaucoup de précautions et avait des transpirations au niveau des mains. Elle déclarait des raideurs musculaires matinales et se disait très gênée dans sa vie quotidienne. Les bilans radiologiques IRM montraient une arthrose lombaire non spécifique, une cervicarthrose discrète, mais non inquiétante. Ce praticien a été également frappé de voir que tous les points de fibromyalgie étaient douloureux, au niveau des trapèzes, du sternum, des triceps, des poignets, du bassin des deux côtés, sur toute la longueur de la colonne, des tenseurs de la fascia lata, les grands trochanters et la patte d'oie.

18. Dans ses écritures du 28 août 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, tout en relevant que les observations du Professeur Q_____ n'apportaient rien de nouveau.

19. Le 28 octobre 2003, la recourante a produit copie du courrier des Docteurs R_____ et S_____, spécialistes en allergologie-immunologie, du 5 août 2003 au Docteur M_____. Ces médecins ont mis en évidence l'existence

d'une perturbation immunitaire qui suggérait la présence d'un état inflammatoire sous-jacent tel qu'une inflammation chronique des muqueuses, le début de typhoïdite ou de maladies auto-immunes débutantes. Toutefois, l'origine et le facteur causal de l'état inflammatoire observé étaient inconnus. Selon ces médecins, cet état contribuait probablement aux manifestations de fibromyalgie que la patiente évoquait, même si le tout était amplifié par sa labilité thymique.

20. En se déterminant sur le rapport de ce dernier médecin, le Docteur P_____ a relevé que ces médecins ne se prononçaient pas sur l'effet de la perturbation constatée sur la capacité de travail et que ce problème ne présentait pas en soi une cause d'empêchement de travailler. Sur la base de cet avis médical, l'OCAI a repris ses conclusions antérieures.

EN DROIT

1. 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 de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales 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 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. 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. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. En vertu de l'art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après : LAVS), les décisions prises en vertu de la LAI peuvent faire l'objet d'un recours dans les trente jours devant l'autorité de première instance compétente.

A ce sujet, l'art. 74 RAI qui porte le titre « prononcé de l'Office AI » précise que l'Office AI se prononce sur la demande de prestations, une fois l'instruction de la demande est achevée. Selon les art. 58 LAI, 74ter et 74quater RAI, certaines prestations peuvent être accordées, sans notification d'une décision, par simple prononcé. Toutefois, l'assuré a la possibilité d'exiger la notification d'une décision en bonne et due forme afin qu'il puisse y recourir. Il résulte implicitement de ces dispositions légales, que les prononcés des Offices AI ne sont pas considérés comme des décisions sujettes à recours, même s'il s'agit d'actes administratifs assimilés. S'agissant par ailleurs de prestations de rentes, il y a lieu également de relever que ces prononcés pourraient constituer tout au plus des décisions partielles, dans la mesure où ils ne comportent pas le montant de la rente et où ils sont dès lors incomplets. En effet, ces prononcés ne sont pas destinés directement à l'assuré, mais à sa caisse de compensation, à laquelle le dossier est transmis pour le calcul de la rente avec le prononcé. Ainsi, le prononcé litigieux a été adressé à la caisse de compensation CIAM-AVS et non pas à l'assuré. Si une copie de cet acte a été communiquée néanmoins à ce dernier, cela tient uniquement au souci de transparence de la procédure administrative, afin de tenir l'assuré au courant de l'avancement de son dossier. Lorsque les voies de recours sont indiquées dans le prononcé, comme en l'espèce, cela ne signifie pas pour autant que le recours contre le prononcé soit recevable. Une telle mention est sans objet, dès lors que le prononcé n'est pas sujet à recours (cf. Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 244). Avec la recourante, il convient cependant de reconnaître que la motivation de la décision formelle qui est annexée au prononcé et qui contient les voies de recours induit les assurés en erreur, dès lors qu'ils ne savent plus s'il s'agit d'une décision formelle ou non, même si le prononcé est adressé à la caisse de compensation compétente. En fait, l'OCAI ne devrait envoyer cette motivation à l'assuré qu'avec la décision formelle et non pas lors de la communication du prononcé déjà.

Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que le prononcé du 19 mars 2002 de l'OCAI ne constitue pas une décision au sens des dispositions légales, contre laquelle la voie de recours est ouverte.

4. Par acte du 6 juin 2002, la recourante a cependant également interjeté recours contre la décision formelle du 30 mai 2002. Il convient de considérer que ce recours est interjeté selon la forme et le délai prescrits par la loi, de sorte qu'il est recevable.

5. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès

qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 2/3 % au moins d'invalidité.

6. Selon la jurisprudence en la matière, les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigé de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF 102 V 165 ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, (ATF 127 V 294). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

7. Un rapport médical a une pleine valeur probante, lorsque les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions du médecin sont bien motivées (ATF 122 V 160 et les références). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

Quant aux rapports des 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 extérieur 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 ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, auxquels est assimilée la fibromyalgie, le TFA a défini la tâche de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Ce faisant, il a également posé des critères pour admettre une invalidité dans une telle hypothèse (VSI 2000 p.154 ss). L'expert doit poser, sur le plan psychiatrique, un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection, ainsi qu'évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assurée d'une activité lucrative. Dans son pronostic, il devra tenir compte d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le pronostic pour une reprise du travail est défavorable, lorsque les critères précités sont cumulés. L'expert doit également s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Les critères suivants peuvent fonder un refus de rente : la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lours handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p.155).

8. En l'occurrence, l'expertise effectuée par le COMAI remplit assurément toutes les conditions jurisprudentielles susmentionnées pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Selon les conclusions des experts prises en consilium, la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité professionnelle adaptée. Ce faisant, les experts ont pris en considération l'ensemble des facteurs médicaux et psychosociaux de l'expertisée après l'avoir soumise à un examen complet. Ils ont également expliqué pourquoi ils se sont écarté de la conclusion sectorielle de la consultante en psychiatrie, selon laquelle la capacité de travail n'était que de 30%. A cet égard, il est à relever qu'il convient en principe de retenir les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire qui ont fait l'objet d'une discussion entre les experts et ont été adoptées sur la base d'un consensus (ATFA non publié du 26 novembre 2003, cause I 381/03).

   Il est vrai que, dans le cadre de la procédure, les médecins traitants de la recourante ont attesté une aggravation de son trouble dépressif justifiant une incapacité de travail complète. Toutefois, d'une part, ces médecins avaient considéré que l'incapacité de travail était complète déjà avant que la recourante fasse l'objet de l'expertise COMAI, contrairement aux conclusions de celle-ci. D'autre part, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances,

le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement qui ont modifié cette situation doivent dès lors faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4 , ATFA non publié du 25 août 2003 en la cause I392/03). Cela étant, il n'y pas lieu de prendre en considération, dans la présente procédure, l'aggravation de l'état dépressif survenu postérieurement à la décision dont est recours.

En ce qui concerne les constatations des Docteurs T_____ et S_____ du 5 août 2003, ces médecins apportent certes un éclaircissement quant aux causes des manifestations de la fibromyalgie de la recourante. Toutefois, le résultat de leurs investigations ne remet pas en question l'évaluation de la capacité de travail par le COMAI, laquelle a été effectuée en toute connaissance de cause de la symptomatologie, à savoir de la fibromyalgie, du trouble dépressif et du trouble de la personnalité dépendante.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de cette dernière expertise. Par conséquent, il convient d'admettre une capacité de travail de 50% dans l'ancienne profession ou dans toute autre activité adaptée, soit un degré d'invalidité de 50% qui n'ouvre le droit qu'à une demi-rente.

9. Toutefois, par sa lettre du 2 mars 2003, la recourante a implicitement formé une demande de révision en raison de l'aggravation de son état intervenue après la notification de la décision litigieuse. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour ouvrir une procédure de révision, dès l'entrée en force du présent arrêt.

10. Reste à examiner si la recourante peut bénéficier d'une rente complémentaire pour son fils S., né le 9 juillet 1977.

a. Selon l'art. 35 al. 1 LAI, les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun de leurs enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à une rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants. Aux termes de l'art. 25 al. 5 LAVS, les enfants qui accomplissent une formation peuvent prétendre à une telle rente jusqu'au terme de cette formation, mais au plus jusqu'à l'âge de 25 ans.

b. Il résulte clairement des attestations et certificat transmis par la recourante que son fils, alors qu'il n'avait pas encore atteint la limite d'âge susmentionnée, était encore en formation en 1997 et cela jusqu'au 31 août 1998. Par conséquent, dès lors que le droit à la demi-rente a pris effet le 1er janvier 1997, il convient de lui octroyer une rente complémentaire dès cette date jusqu'à la fin de sa formation.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Une rente complémentaire sera accordée au fils de la recourante. Pour le surplus, la décision litigieuse sera confirmée et la cause renvoyée à l'OCAI pour statuer sur la demande de révision.

12. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui sera allouée à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

Déclare recevable le recours interjeté par Madame A_____ contre la décision du 30 mai 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

Au fond :

1. L'admet partiellement.

2. Constate le droit de la recourante à une rente complémentaire pour enfant du 1er janvier 1997 au 31 août 1998 et invite l'intimé à rendre une décision dans ce sens.

3. Confirme la décision dont est recours en ce qu'elle a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint dès le 1er janvier 1997.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour ouvrir une procédure de révision.

5. Condamne l'intimé au paiement à la recourante d'une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

6. 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).

La greffière:

Yaël BENZ

La présidente:

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe