

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2058/2009

ATAS/1651/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 15 décembre 2009

En la cause

Madame T _____, domiciliée à Genève, représentée par
Monsieur U _____, CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame T_____ (ci-après l'assurée), née en 1953, de nationalité japonaise, a travaillé en qualité de guide touristique jusqu'au 6 novembre 1997, date à laquelle elle a subi un arrêt de travail.
2. En date du 8 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) tendant à l'octroi d'une rente et, subsidiairement, à un reclassement dans une nouvelle profession, lorsque son état de santé le permettrait.
3. Par rapport du 13 novembre 2000, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif et d'une anémie ferriprive depuis 1997 et a signalé des périodes d'incapacité de travail variant de 50% à 100% dès le 10 novembre 1997. D'après ce médecin, elle ne pouvait exercer sa profession de guide de groupe japonais, en raison des tensions et des angoisses que cela lui provoquait. L'assurée avait actuellement repris une activité professionnelle à 50% dans un autre domaine, décrite comme moins stressante, toutefois, elle faisait toujours état d'angoisse, de trouble du sommeil et de difficulté de concentration.
4. Dans un rapport du 12 mars 2001, la Dresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de dépression majeure d'intensité moyenne à sévère depuis novembre 1997 et d'état et stress post-traumatique (mobbing), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que d'anémie et de douleurs multiples. La capacité de travail de l'assurée était nulle dès le 7 novembre 1997, toutefois, son état de santé s'améliorait et des mesures professionnelles étaient indiquées. Elle a noté l'apparition, depuis 1997, d'un syndrome dépressif avec notamment tristesse, insomnie, aboulie, asthénie, perte d'espoir et du désir de vivre, phobie sociale et impossibilité d'affronter le regard d'autrui.
5. Par projet du 30 mars 2001, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une demi-rente dès 1^{er} septembre 1999, eu égard au jour du dépôt de sa demande de prestations et à son incapacité de travail de 50%.
6. Par décisions des 3 septembre et 22 octobre 2001, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 1999. Ces décisions n'ont pas fait l'objet d'un recours.
7. Le 18 septembre 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une rente entière.

8. Par rapport intermédiaire du 25 septembre 2003, la Dresse B _____ a signalé que l'assurée présentait une dépression chronique ayant une influence sur sa capacité de travail et que sa symptomatologie anxieuse s'était nettement aggravée depuis le mois d'août 2002 avec apparition d'une phobie sociale, étant précisé qu'elle ne sortait de chez elle qu'en cas de nécessité absolue, choisissant des heures où elle ne croisait personne dans l'immeuble. La reprise d'une activité lucrative n'était pas possible, car la dépression chronique ne s'améliorait pas.
9. Sur mandat de l'OAI, le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et directeur médical adjoint de la Clinique la Métairie, a reçu l'assurée en consultation en date des 24 novembre et 9 décembre 2005 et rendu son rapport d'expertise en date du 2 novembre 2006. Il a retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique depuis 1998, d'épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques depuis 1997, de phobie sociale depuis 1998 et de trouble d'anxiété généralisée depuis 1997.

L'expert a relevé une thymie anxieuse et dépressive avec une légère agitation psychomotrice, une tristesse, une anhédonie, une perte de l'initiative et de l'élan vital, une fatigabilité, un sentiment de dévalorisation, de désespoir et de culpabilité, ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit anamnestiques. Il n'existait pas d'idéation suicidaire, de délire ou de trouble sensoriel.

Les troubles de l'assurée s'étaient développés suite à une situation de pression professionnelle persistante, vécue comme un harcèlement moral au travail ou mobbing. Cette pression professionnelle était constamment remémorée ou revécue sous forme de reviviscences envahissantes, de souvenirs et de rêves répétitifs. L'exposition à des stimuli liés aux événements réveillait en elle le souvenir toujours sous un fond anxieux et persistant. Elle avait ainsi adopté une conduite d'évitement s'étendant au-delà de toute situation la confrontant aux événements stressants. Par ailleurs, le tableau clinique se développait dans le cadre d'une probable personnalité à traits obsessionnels.

L'évolution du trouble tendait, d'après l'expert, vers une chronicisation et le risque d'irréversibilité demeurait élevé, d'autant plus que les tentatives thérapeutiques s'étaient soldées par des échecs. Il a considéré qu'en raison du syndrome de stress post-traumatique, elle ne pouvait pas travailler dans un milieu où elle serait continuellement confrontée aux événements stressants qui avaient motivé le développement de ce trouble. De plus, tant la dépression, le trouble d'anxiété généralisée que la phobie sociale l'empêchaient d'envisager toute activité professionnelle impliquant des contacts relationnels.

L'assurée a indiqué se promener et fréquenter depuis 2002 un groupe de patchwork à raison de deux fois par semaine, toutefois, elle avait beaucoup de difficultés à

suivre ces activités en raison de problèmes de concentration et d'anxiété accrue lorsqu'elle était confrontée à la relation.

L'expert a conclu que l'assurée présentait, depuis le mois de novembre 1997, une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative et qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail à moyen ou long terme. Il a cependant précisé qu'elle avait repris une activité à 50% dans un domaine autre que celui dans lequel elle avait été active. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient, selon lui, pas envisageables, bien que l'assurée ne soit pas opposée à une éventuelle réadaptation dans le domaine de la protection de l'environnement et de l'écologie humaine.

10. Sur requête du Dr D_____, médecin au Service médical régional AI (SMR), l'expert a, en date du 12 décembre 2006, expliqué que « l'événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes de détresse chez la plupart des individus : il s'agit du harcèlement professionnel persistant qu'elle dit avoir subi par son employeur et ses collègues de travail. (...) Le tableau clinique présenté par la patiente est effectivement compatible avec le PTSD [symptôme de stress post-traumatique]. D'autre part, le mobbing dans la littérature internationale apparaît souvent comme une situation traumatique pouvant aboutir au développement d'un PTSD ou d'un TAG [trouble d'anxiété généralisée] comme complications les plus fréquentes. A signaler qu'un événement traumatisant n'est pas forcément une situation catastrophique où la vie de l'individu est menacée mais la menace persistante de perte d'emploi et la dévalorisation morale peuvent également devenir des événements extrêmement traumatisants pour beaucoup de personnes qui trouvent dans leur activité professionnelle le leitmotiv de leur existence. » Par ailleurs, il a indiqué que l'épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques avait été posé d'après la CIM-10 et que les symptômes apparus dans le status clinique étaient compatibles avec ce diagnostic, ce qui était confirmé par les résultats des tests standardisés.
11. Par avis du 22 juin 2007, la Dresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin au SMR, a signalé qu'il était concevable que l'impact d'un harcèlement professionnel sur une assurée soit plus important pour des raisons culturelles, toutefois, il lui était difficile de comprendre pourquoi elle ne pouvait pas exercer un autre emploi, dans lequel elle ne se sentirait pas harcelée. Il n'existait aucun argument justifiant le fait que l'assurée ne puisse pas exercer une activité professionnelle adaptée. Par ailleurs, elle a souligné qu'une dépression d'intensité sévère excluant toute exigibilité professionnelle ne pouvait pas être reconnue chez une assurée en l'absence de troubles cognitifs majeurs avec une légère agitation psychomotrice et sans idéation suicidaire. Eu égard au rapport d'expertise, elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de guide touristique, mais totale dans une activité adaptée, le rapport ne laissant apparaître aucune limitation fonctionnelle. Elle a ajouté que l'assurée étant polyglotte et

diplômée d'écoles de langue, elle possédait des qualifications pour exercer une activité professionnelle adaptée.

12. Par avis du même jour, le Dr D _____ du SMR a pris note des constatations de la Dresse E _____, a soutenu que les critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique n'étaient pas réunis et que l'épisode dépressif sévère ne pouvait pas non plus être retenu sur la base du status de l'expertise. Il a estimé que l'expert admettait implicitement que la capacité de l'assurée était entière dans une activité où l'assurée ne serait pas confrontée à des événements stressants. Il a ainsi conclu que sa capacité de travail était nulle dans l'activité précédente et qu'elle était susceptible de travailler dans une activité adaptée, soit dans un milieu professionnel accueillant sans contact direct avec la clientèle. Eu égard à ses connaissances linguistiques, une activité de traductrice paraissait adaptée.
13. Par projet du 29 juin 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer sa demi-rente dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision, au vu de son entière capacité de travail dans une activité lucrative adaptée.
14. Par courrier du 23 juillet 2007, l'assurée a contesté ledit projet de décision, requérant que les rapports du Dr C _____ et de son médecin psychiatre soient pris en considération. Elle a allégué que ses tentatives pour reprendre une activité lucrative ou bénévole s'étaient toutes soldées par des échecs, attendu qu'elle n'arrivait pas à se concentrer, seule ou en présence d'autres personnes. Elle y a joint un certificat du 10 juillet 2007 de la Dresse B _____, laquelle a attesté qu'elle était régulièrement suivie à sa consultation depuis le 9 février 2001 et que son état de santé ne lui avait jamais permis de reprendre une activité lucrative.
15. Par décision du 29 août 2007, l'OAI a confirmé son projet de suppression de rente du 29 juin 2007.
16. Le 3 octobre 2007, l'assurée a recouru contre cette décision, sollicitant, principalement, l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, le maintien de sa demi-rente. Elle a produit un courrier du 27 septembre 2007 de la Dresse B _____, laquelle a déclaré que l'assurée avait développé, dans un premier temps, un état de stress post-traumatique, qui s'était transformé par la suite en attaques de panique avec agoraphobie et phobie sociale. Elle a précisé que lorsqu'elle venait à sa consultation, l'assurée sortait de manière « précoce » de chez elle, afin de ne croiser personne dans l'immeuble, qu'elle attendait parfois des heures dans la cage d'escaliers avant le rendez-vous et qu'elle ne pouvait arriver à son cabinet sans « mains moites, pâleur, un verbe difficile à saisir par télescopage des mots, une tachycardie et une dyspnée ». Il était inimaginable, d'après elle, qu'une activité lucrative puisse être entreprise par l'assurée, qui présentait des symptômes phobiques et une perte d'estime de soi avec « le doute permanent d'une qualité médiocre des prestations ».

17. Par avis du 15 octobre 2007, le Dr D_____ a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était certes modifié depuis la décision du 3 septembre 2001, mais qu'il n'y avait pas d'« amélioration dans le sens d'une diminution des limitations fonctionnelles ».
18. Par décision du 2 novembre 2007, l'OAI a annulé sa décision du 29 août 2007, afin de compléter l'instruction du dossier de l'assurée et de rendre une nouvelle décision.
19. Par arrêt du 13 novembre 2007, le Tribunal de céans a constaté que le recours de l'assurée était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle.
20. Par avis du 17 juin 2008, le Dr F_____, médecin au SMR, a notamment estimé que les critères de la CIM-10 n'étaient pas remplis pour retenir un PTSD. En effet, le mobbing, même s'il avait duré un certain temps et qu'il était important, n'était pas un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique tel que catastrophe naturelle, guerre, mort violente, torture, terrorisme ou viol. En revanche, il a reconnu que le mobbing avait pu entraîner des troubles sous la forme d'anxiété, de phobie sociale ou de dépression, qui en étaient des conséquences ordinaires.
21. Par rapport du 26 juin 2008, la Dresse B_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis 2007, en ce sens qu'elle présentait toujours une phobie sociale marquée, s'inscrivant dans un tableau d'anxiété généralisée avec agoraphobie, de sorte que toute sollicitation était difficile à affronter. Lorsqu'elle allait en consultation, elle souffrait toujours d'une angoisse importante, avec tachycardie, dyspnée, agitation psychomotrice, mains moites, sudations profuses et sensation de perte de connaissance imminente. En outre, la symptomatologie avait évolué depuis 2001, les symptômes généraux d'un PTSD n'étant plus présents, soit les rêves et cauchemars, les éveils brutaux, le sentiment d'injustice, toutefois, d'autres persistaient comme la méfiance, et en particulier à l'égard de la société japonaise, le rétrécissement du champ de conscience, les ruminations ou la perte du jugement. Elle a considéré qu'il était difficile de concevoir des mesures d'ordre professionnel, en raison du comportement d'évitement de l'assurée. Toutefois, elle a noté que de telles mesures pourraient avoir un effet favorable sur la symptomatologie de l'assurée à condition qu'elle puisse passer outre ces comportements d'évitement et la peur du regard d'autrui, attitudes qu'elle a qualifié de cristallisées, étant précisé que l'approche cognitive et comportementale, accompagnée de traitements psychotropes, n'avait permis d'aboutir qu'à un résultat sommaire, l'assurée parvenant uniquement à s'efforcer de sortir pour effectuer les « aspects obligatoires de l'existence ».
22. Le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté par l'OAI pour conduire une expertise, laquelle a été rendue en date du 30

octobre 2008. Il a posé les diagnostics d'anxiété généralisée depuis 1997 et de phobie sociale depuis août 2002.

Il a constaté, durant l'entretien, que l'assurée présentait une anxiété marquée accompagnée d'une symptomatologie neurovégétative et, en particulier, de tremblements, d'une transpiration, et de difficulté respiratoire. L'état d'anxiété ne s'estompait pas au fur et à mesure de l'entretien, la tension était permanente et la vigilance légèrement accrue. L'humeur de l'assurée était légèrement déprimée avec découragement et discours à tendance négative, mais la tristesse n'était ni permanente ni marquée. De plus, après deux heures d'entretien, des troubles de la concentration ont commencé à apparaître avec hésitations et temps de latence légèrement accrus lors des réponses aux questions. Il n'existait pas de perte de l'élan vital, de ralentissement idéomoteur, de troubles formels de la mémoire, d'anhédonie, d'idées délirantes, d'élévation de l'humeur, de logorrhée, de tachypsychie ou encore de tachyphémie.

La phobie sociale se manifestait par une crainte d'être exposée à l'observation attentive d'autrui et qu'elle n'était pas uniquement en lien avec ses anciens collègues de travail, mais s'était étendue à la plupart des situations sociales, situations dans lesquelles elle transpirait, tremblait et avait besoin d'uriner urgemment.

L'état de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu, d'après l'expert, attendu que l'assurée n'avait pas été exposée à un facteur de stress traumatique extrême tel que combats militaires, agression personnelle violente, kidnapping, prise d'otage, attaques terroristes, catastrophes naturelles ou d'origine humaine ou encore accident de voiture grave par exemple, de sorte que le « critère A » de ce diagnostic n'était pas rempli.

L'expert a également exclu le diagnostic d'agoraphobie, attendu que l'assurée évitait uniquement et spécifiquement les lieux liés au Japon près de chez elle. Elle n'avait en revanche pas peur des espaces découverts, des foules, des magasins, des endroits publics et se déplaçait sans être accompagnée. L'assurée s'était en effet toujours rendue seule à ses cours de patchwork, se promenait plusieurs fois tous les jours, et faisait seule ses courses.

En outre, il n'existait pas d'épisode dépressif sévère tel que relevé par le Dr C_____ ; le médecin traitant n'en faisait d'ailleurs pas mention dans ses rapports de septembre 2007 et juin 2008. L'expert a précisé que l'assurée ne présentait qu'une symptomatologie dépressive résiduelle, disparate et non incapacitante, son humeur n'étant pas anormalement déprimée en permanence et une anhédonie n'ayant pas été mise en évidence. Le status clinique tel que ressortant de l'expertise du Dr C_____ contredisait ce qui avait été objectivé durant son entretien du mois d'octobre 2008. Il n'y avait en effet pas de perte

d'initiative ou de la capacité de ressentir du plaisir, l'assurée ayant suivi des cours entre 2003 et 2005 et à nouveau depuis 2008, s'étant rendue au Japon en 2007 et ayant pris quelques jours de vacances chez une amie au mois de janvier 2008. Dans l'expertise précédente, les diagnostics étaient en partie basés sur la passation de tests, soit notamment sur une échelle de dépression, qui pouvait constituer une aide, mais n'était pas un outil pour poser un diagnostic. De plus, les explications données par le Dr C_____ dans son courrier du 12 décembre 2006 n'étaient pas aptes à confirmer la présence de l'épisode dépressif sévère. Ainsi, au vu de ces explications et attendu que l'assurée ne mentionnait pas de péjoration liée à son état dépressif, il s'est écarté rétrospectivement du diagnostic d'épisode dépressif présent depuis 1997 posé par l'expert précédent.

Il a conclu qu'en raison de l'anxiété généralisée et de la phobie sociale, l'activité de guide touristique ne pouvait plus être exercée, toutefois, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans une activité adaptée avec interaction sociale réduite au minimum, telle qu'une activité à domicile de traduction, par exemple. Cette capacité de travail n'était que partielle, car une telle activité supposait toujours un contact direct avec autrui à un moment donné, et qu'un taux supérieur occasionnerait des interactions avec autrui trop fréquentes, ce qu'il y avait lieu d'éviter. Ce contact, s'il était anxiogène et difficile, n'était pas impossible, attendu notamment que l'assurée avait suivi un cours de patchwork de 2003 à 2005 et qu'elle suivait depuis octobre 2008 des cours de Tai-chi. Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'anxiété généralisée avec une perturbation passagère des processus de pensée lors d'événements sortant de l'ordinaire, à une fatigabilité cognitive et à une phobie sociale avec augmentation de l'angoisse et abolition des processus de pensée lorsque l'assurée était confrontée à des situations dans lesquelles elle pouvait être soumise à l'observation attentive d'autrui. Enfin, les mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas envisageables, attendu que leur mise en place risquait d'intensifier l'angoisse de l'assurée, qui ne présentait pas de ressources suffisantes pour la surmonter.

23. Par avis du 10 novembre 2008, le Dr F_____ a pris note du contenu du rapport d'expertise du Dr G_____.
24. Par projet du 24 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de révision de rente, son degré d'invalidité donnant toujours droit à une demi-rente d'invalidité.
25. Par courrier du 5 mai 2009, l'assurée a contesté ledit projet de décision. Elle a allégué que l'expert concluait clairement que sa capacité de travail était nulle dans son activité précédente, au vu de son impossibilité d'avoir des contacts sociaux et de son anxiété généralisée lors d'événements inhabituels tels que des rendez-vous. Elle en a déduit que sa capacité de travail était également nulle dans toute autre activité impliquant de tels rapports, de sorte qu'elle ne comprenait pas comment

elle pourrait se procurer un emploi de traduction à domicile pour lequel elle n'était pas qualifiée ou encore se faire remettre des documents et les restituer, sans être obligée d'avoir de multiples contacts sociaux. Sa capacité de travail était ainsi théorique et ne reposait sur aucune possibilité réaliste. Si, par impossible, il devait être retenu qu'elle présente tout de même une capacité de travail de 50% dans un travail à domicile, les barèmes de l'ESS ne pouvaient pas être utilisés, attendu qu'ils correspondaient à des emplois ordinaires au sein d'une entreprise avec possibilité de relations normales avec l'employeur et avec les collègues, et n'étaient pas adaptés pour déterminer le revenu d'une personne travaillant à domicile, sans qualifications et, qui plus est, avec des possibilités d'interaction restreintes.

26. Par décision du 11 mai 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 mars 2009.

27. Par acte du 12 juin 2009, l'assurée, représentée par Monsieur U _____ du Centre social protestant, a recouru contre cette décision, sollicitant l'octroi d'une rente entière. Elle a tout d'abord soutenu que le Dr G _____ s'était contredit dans son expertise, en ce sens qu'il avait indiqué, d'une part, qu'elle présentait notamment un état d'angoisse permanent, des tremblements ou une difficulté respiratoire, que ces symptômes s'intensifiaient lors d'événements stressants et que sa crainte des situations au cours desquelles elle pouvait être exposée à l'observation attentive d'autrui s'était étendue à la majorité des domaines, et, d'autre part, qu'elle pourrait affronter les contacts sociaux professionnels tels qu'un entretien d'embauche. Elle a également déclaré qu'elle ne s'était rendue au cours de Tai-chi que de novembre à décembre 2008, ce cours étant trop angoissant et qu'elle avait également dû arrêter son cours de patchwork en 2005. Elle a ainsi conclu qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

En outre, en ce qui concernait la possibilité d'effectuer des traductions à domicile, elle a allégué que son expérience dans le domaine remontait à 20 ans, qu'elle traduisait à l'époque de l'espagnol au japonais et qu'elle n'avait aucune qualification officielle dans le domaine. De plus, attendu que le Dr G _____ avait considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas exigibles d'elle, l'activité adaptée ne devait pas requérir de formation particulière. Elle a ainsi estimé qu'une telle activité, exercée à domicile, à mi-temps, avec peu de rapports sociaux et ne nécessitant pas de formation, n'existait pas. L'OAI ne donnait du reste aucun exemple d'activité adaptée pouvant être exercée.

Si une capacité de travail devait tout de même être retenue, elle a requis que le revenu sans invalidité soit basé sur les ESS, Tableau TA7, secteur culture et information et niveau de qualification 3, voire 2, attendu qu'elle parlait le japonais, l'espagnol et le français et qu'elle avait eu la responsabilité de groupes de touristes. Enfin, le revenu avec invalidité ne pouvait pas être déterminé, d'après elle, selon les

ESS, ces tables ne s'appliquant pas aux personnes travaillant à domicile, mais devait reposer sur la base de statistiques concernant le travail à domicile pour des personnes ayant des limitations importantes.

Elle a joint à son recours un certificat de la Dresse B _____, laquelle a attesté que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, et ce même à domicile, dans la mesure où cela engendrait des contacts avec un employeur ou un intermédiaire, alors qu'elle présentait une phobie sociale. Elle a précisé que toute tentative d'immersion s'était révélée catastrophique.

28. Par réponse du 19 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a en substance allégué que le rapport du Dr G _____ présentait pleine valeur probante et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions. Il a produit un avis de la Dresse H _____, médecin au SMR, laquelle a expliqué que l'assurée devait limiter au maximum les interactions avec autrui sans toutefois les exclure complètement et que l'expert avait cité la possibilité d'un travail à domicile à titre d'exemple comme possibilité d'activité idéale, mais ne précisait pas qu'il s'agissait de la seule option envisageable. Le taux d'activité avait été fixé à 50%, afin de la préserver d'une exposition avec autrui trop fréquente et tenait déjà compte de cette limitation. Enfin, l'OAI a déclaré que le revenu sans invalidité retenu dans sa décision était favorable à l'assurée, attendu qu'elle n'avait jamais réalisé un tel revenu durant sa carrière. Le revenu avec invalidité devait quant à lui être déterminé sur la base des ESS 2006, TA1, dès lors que l'assurée pouvait mettre en valeur sa capacité de travail dans différents secteurs d'activité.

29. En date du 10 novembre 2009 s'est tenue une audience de comparution personnelle et d'enquêtes.

L'assurée a exposé qu'elle n'avait jamais repris d'activité lucrative depuis son arrêt de travail en novembre 1997, ce qui avait été retenu de manière erronée par un médecin. Elle habite au 8^{ème} étage d'un immeuble, dans lequel se trouve également les bureaux de l'agence de voyage pour laquelle elle travaillait jusqu'en 1997, de sorte qu'il lui était très difficile de descendre de chez elle. Elle avait suivi, de manière irrégulière, quelques cours de Tai-chi en 2008 ainsi que des cours de patchwork en 2005 et en février-mars 2009, toutefois, elle avait arrêté ces cours, car elle avait peur des contacts avec les autres élèves. Enfin, elle est partie, en 2007, au Japon pour voir sa mère qui était malade, ce qui avait été très difficile pour elle, étant précisé que lors de ce voyage, ses mains tremblaient et qu'elle n'arrivait pas à se concentrer.

La Dresse B _____ a également été entendue et a tout d'abord confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 25 septembre 2003, qualifiant l'état dépressif de moyen et l'anxiété de « très forte ». Lorsque l'assurée est venue la consulter en

2001, elle souffrait d'un état de stress post-traumatique déclenché par le décès d'un touriste japonais dans le cadre de son travail. Dans un premier temps, elle avait présenté une anxiété majeure et une phobie sociale dirigée envers les Japonais. Sa phobie s'était cependant aggravée dès 2002, en ce sens qu'elle n'était plus exclusivement dirigée envers les Japonais et était devenue franchement manifeste depuis 2004. Il n'y avait pas de traitement spécifique contre l'état anxieux, hormis les anxiolytiques, les stabilisateurs de l'humeur, etc. Actuellement, elle ne retenait plus le diagnostic d'état de stress post-traumatique attendu que l'état d'anxiété s'était généralisé. La phobie sociale était une affection portant sur la rencontre avec autrui et la perspective de rencontrer quelqu'un. Les troubles de l'attention et de la concentration dont fait état l'assurée font partie de l'anxiété.

Elle a noté que l'assurée avait certainement une capacité de travail, toutefois, se posait la question de l'interaction sociale : comment lui confier un travail, le lui expliquer et le récupérer. A la première déconvenue, au premier mot maladroit, tout s'écroulait pour l'assurée. Celle-ci avait des capacités exceptionnelles dans le domaine créatif. En ce qui concernait une activité de traduction à domicile, elle ne voyait pas comment l'assurée pouvait trouver un tel travail et il restait toujours la question de l'interaction sociale. Elle pouvait éventuellement concevoir qu'elle exerce une activité à la maison à la condition qu'une personne qu'elle connaît et en laquelle elle a confiance, par exemple une assistante sociale, agisse comme intermédiaire. Il n'existait, d'après le médecin, pas de grande divergence entre les conclusions du Dr G _____ et les siennes, attendu qu'ils étaient tous deux d'accord que l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle. Cependant, elle ne voyait pas quelles possibilités concrètes de travail pourrait avoir l'assurée. De plus, elle considérait que la capacité de travail de l'assurée pouvait même atteindre 70%, mais que son rendement serait plutôt proche de 0. Son grand souci de perfectionnisme était à son avis un grand handicap, notamment pour le travail de traduction.

Enfin, les chances de succès d'un entretien d'embauche lui paraissaient nulles, tant l'assurée était terrorisée par le jugement de l'autre. Un tel entretien serait à considérer comme un rendez-vous inhabituel tel que décrit par le Dr G _____.

Le médecin a précisé que l'assurée aurait eu beaucoup de mal à se rendre au Tribunal si elle n'avait pas pu venir accompagnée de son mandataire.

30. Par courrier du 25 novembre 2009, l'OAI a persisté dans ses conclusions et a transmis au Tribunal de céans un avis du même jour de la Dresse H _____, médecin au SMR, laquelle a retenu que les déclarations de la Dresse B _____ ne permettaient pas de remettre en question sa position. Elle a notamment relevé que la divergence d'opinion entre la Dresse B _____ et le Dr G _____ consistait dans le fait que la première considérait que l'atteinte elle-même entraînait

des limitations de nature à empêcher la mise en œuvre de la capacité résiduelle de travail.

31. Suite à la transmission de ce courrier à l'assurée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 11 mai 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les forme et délais prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente supérieure à une demi-rente d'invalidité, dans le cadre d'une révision de son dossier par l'OAI.
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou

d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

b) Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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. Le point de savoir si un changement notable des circonstances 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 qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. a) Il y a tout d'abord lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision initiale d'octroi de rente au mois de septembre 2001.

b) Lors de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente, l'administration a pris en considération deux rapports médicaux, soit ceux des Drs A_____ et I_____. Le premier a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif et la seconde de dépression majeure d'intensité moyenne à sévère et d'état et de stress post-traumatique. L'assurée présentait notamment un état d'angoisse, des troubles de concentration, un aboulie, une asthénie, une perte d'espoir et du désir de vivre, une phobie sociale ou encore une impossibilité d'affronter le regard d'autrui. L'incapacité de travail de 50% était basée sur le fait que Dr A_____ ait déclaré que l'assurée avait repris une activité lucrative à 50% et vraisemblablement

sur le fait que la Dresse B_____ avait relevé une amélioration de son état de santé et la possibilité d'entreprendre des mesures professionnelles.

c/aa) La décision de refus de révision de rente de l'OAI du 11 mai 2009 repose quant à elle principalement sur le rapport d'expertise du 30 octobre 2008 du Dr G_____.

c/bb) Le Tribunal constate que si le rapport du Dr G_____ se fonde sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de l'assurée, sur son dossier, sur ses plaintes ainsi que sur un entretien personnel et que les constatations objectives y sont exposées, il ne contient qu'une courte appréciation du cas, laquelle résume principalement le dossier, et des conclusions sommairement motivées. En outre, il en ressort certaines imprécisions et contradictions.

En effet, l'expert retient tout d'abord une anxiété généralisée depuis 1997, à laquelle est venue s'ajouter une phobie sociale depuis 2002, lesquelles entraînaient chacune, indépendamment l'une de l'autre, une incapacité de travail de 50% dans une activité lucrative adaptée. Toutefois, l'expert n'explique pas clairement pour quelles raisons il ne conclut en définitive qu'à une incapacité de travail globale de 50% dans une activité adaptée, attendu que l'une et l'autre affection limitent de manière différente les activités que l'assurée pourraient encore exercer. De plus, l'expert ne parle à aucun moment d'une détérioration de l'état de santé psychique de l'assurée, alors même que la phobie sociale est venue s'ajouter au diagnostic d'anxiété généralisée dès 2002.

Par ailleurs, l'expert constate que durant l'entretien, l'assurée a présenté une anxiété marquée, accompagnée d'une symptomatologie neurovégétative et, en particulier, de tremblements, d'une transpiration et d'une difficulté respiratoire, état qui ne s'est pas estompé durant tout l'examen. Il existait également une tension permanente ainsi que des troubles de la concentration après deux heures d'entretien. De plus, l'assurée souffrait d'une phobie sociale dans toutes les situations sociales et ne pouvait ainsi pas être confrontée à des situations où elle était susceptible d'être soumise à l'observation d'autrui. Compte tenu de ce qui précède, l'expert a ainsi conclu que les ressources de l'assuré n'étaient pas suffisantes pour mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle, lesquelles présentaient un risque élevé d'intensification de l'angoisse. Il a en revanche estimé qu'une activité adaptée, soit une activité avec interaction sociale réduite à un minimum et se déroulant pour l'essentiel à domicile, était envisageable à un taux de 50%. Toutefois, on conçoit mal comment une personne, souffrant d'affections psychiques si importantes et qui ne peut pas suivre des mesures de réadaptation professionnelle en raison d'une intensification de son angoisse, pourrait exercer une activité lucrative, même à domicile, activité qui est par définition plus angoissante qu'une mesure d'ordre professionnelle et impliquant nécessairement certains contacts sociaux, soit en particulier ceux avec un supérieur hiérarchique. Il y a ainsi lieu de

constater que même si l'expert conçoit qu'une activité lucrative à 50% avec un minimum de contacts sociaux est possible, ses conclusions semblent antinomiques.

Ainsi, au vu de ces imprécisions et contradictions, le Tribunal de céans doute de la valeur probante de l'expertise du Dr G_____.

c/cc) Reste à examiner si les autres documents médicaux présents au dossier permettent de se déterminer sur l'état de santé de l'assurée, son éventuelle aggravation depuis la décision du mois de septembre 2001, ainsi que sa conséquence sur sa capacité de travail.

La Dresse B_____ s'est tout d'abord exprimée en septembre 2003, expliquant que la symptomatologie anxieuse de l'assurée s'était nettement aggravée depuis le mois d'août 2002 avec l'apparition d'une phobie sociale. L'assurée ne sortait de chez elle qu'en cas de nécessité absolue, choisissant des heures où elle ne croisait personne dans l'immeuble. Puis, elle a confirmé sa position en septembre 2007, en indiquant que lorsque l'assurée venait à sa consultation, celle-ci sortait de manière « précoce » de chez elle, afin de ne croiser personne dans l'immeuble, qu'elle attendait parfois des heures dans la cage d'escaliers avant le rendez-vous et qu'elle ne pouvait arriver à son cabinet sans « mains moites, pâleur, un verbe difficile à saisir par télescopage des mots, une tachycardie et une dyspnée ». Il était inimaginable, d'après elle, qu'une activité lucrative puisse être entreprise par l'assurée, qui présentait des symptômes phobiques et une perte d'estime de soi avec « le doute permanent d'une qualité médiocre des prestations ». En juin 2008, elle a également indiqué à l'OAI, que la phobie sociale de l'assurée, qui s'inscrivait dans un tableau d'anxiété généralisée, ne lui permettait notamment pas d'entreprendre des mesures d'ordre professionnel en raison de sa conduite d'évitement et de la peur du regard d'autrui. L'assurée parvenait uniquement à sortir de chez elle pour effectuer les « aspects obligatoires de la vie ». Enfin, lors de l'audience d'enquêtes de novembre 2009, la Dresse B_____ a expliqué au Tribunal de céans l'évolution de son état de santé et notamment de sa phobie sociale, laquelle s'était largement aggravée et généralisée depuis 2002. L'assurée avait certes, d'après elle, une capacité de travail, qui pouvait même être de 70%, toutefois, son rendement devait être considéré comme quasiment nul, au vu de son grand souci de perfectionnisme. Le médecin a également relevé que même si l'assurée pouvait travailler chez elle, il restait quand même la question de l'interaction sociale et des chances de succès nulles d'un éventuel entretien d'embauche. D'après elle, pour qu'un travail à domicile puisse fonctionner, il fallait qu'une personne de confiance, telle que son assistante sociale, puisse agir comme intermédiaire. Enfin, le médecin a admis qu'il n'existait pas de différence fondamentale entre les conclusions du Dr G_____ et les siennes, la seule divergence consistait dans le fait qu'elle considérait effectivement l'assurée incapable de travailler.

S'il est vrai qu'il y a lieu de tenir compte du fait que la Dresse B_____ est le psychiatre traitant de l'assurée, le Tribunal de céans observe qu'elle s'est prononcée sur tous les points litigieux. Elle a en effet clairement posé les diagnostics et en a exposé l'évolution, a également fait longuement état de ses constatations objectives et a motivé ses conclusions. On comprend notamment pour quelles raisons elle retient une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le mois d'août 2002 ainsi qu'une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative. Sa position est dès lors cohérente et convaincante.

Comme elle le fait remarquer, ses constatations objectives concordent avec celle du Dr G_____. Ils ont tous deux retenu que l'anxiété et la phobie sociale étaient apparues, pour la première, en 1997 et, pour la seconde, principalement en 2002 et que ces atteintes psychiatriques avaient des effets tels que tremblements, transpiration ou encore troubles de la concentration. D'après ces médecins, l'assurée devait éviter toute situation où elle était en contact avec d'autres personnes, et notamment soumise à l'observation d'autrui, de sorte qu'elle ne pouvait pas entreprendre de mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, ils divergent uniquement d'opinion concernant les conséquences des atteintes psychiatriques de l'assurée sur sa capacité de travail.

En revanche, le Dr C_____, psychiatre, qui avait reçu l'assurée en qualité d'expert aux mois de novembre et décembre 2005, et a confirmé tant les constatations que les conclusions du médecin psychiatre. En effet, cet expert a relevé les conduites d'évitement de l'assurée, qui s'étendaient au-delà de toutes situations la confrontant aux événements stressants, ainsi que l'anxiété et la phobie sociale, qui ne lui permettaient pas d'envisager une activité lucrative ou toute autre activité impliquant des contacts ou des relations sociales. Il avait ainsi conclu, tout comme la Dresse B_____, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité lucrative et que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables. Il ne s'attendait du reste pas à une amélioration de son état de santé tant à moyen qu'à long terme.

L'OAI n'avait pas suivi à l'époque les conclusions de ce médecin considérant notamment que les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'épisode dépressif sévère ne pouvaient pas être retenus et admettait implicitement que l'assurée pouvait travailler dans un milieu professionnel accueillant, sans contact direct avec la clientèle. Le Tribunal de céans observe toutefois que, d'une part, le médecin a clairement indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer une activité lucrative même adaptée et, d'autre part, que ce qui importe est de savoir quelle est la conséquence d'une atteinte à la santé sur sa capacité de travail et non de connaître la qualification exacte de l'atteinte (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4. et les références ; également arrêt du Tribunal fédéral 9C_1001/2008 du 8 septembre 2009 consid. 2.2).

d) Il y a ainsi lieu de retenir que tant le médecin traitant que les deux experts s'accordent à dire que l'assurée présente des atteintes psychiatriques importantes, ayant pour conséquence des conduites d'évitement et une peur d'autrui, rendant quasiment impossibles les contacts sociaux et excluant la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle. Dans ces circonstances et eu égard aux conclusions cohérentes et convergentes des Drs B_____ et C_____, le Tribunal de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que l'état de santé de l'assurée s'est visiblement détérioré dès le mois d'août 2002 en raison de la phobie sociale, entraînant conjointement avec l'anxiété généralisée, une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative. Un changement notable dans l'état de santé de l'assurée, ayant une conséquence sur sa capacité de travail, est dès lors intervenu, de sorte que les conditions de la révisions sont remplies dès ce moment-là.

e) Attendu que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans toute activité lucrative, elle a manifestement droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 janvier 2007).

8. a) Reste à déterminer la date à partir de laquelle une rente entière devra être versée à l'assurée.

b) En vertu de l'art. 88a al. 2 LAI (dans sa teneur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007), si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

L'art. 88bis al. 1 let a LAI (dans sa teneur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007) prévoit quant à lui que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

c) En l'espèce, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée est intervenue dès le mois d'août 2002, toutefois, elle n'a déposé sa demande de révision de rente que le 18 septembre 2003, soit plus d'une année après ladite aggravation. Par conséquent, elle a droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2003.

9. Par voie de conséquence, le recours de l'assurée sera admis.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2003.
3. Condamne l'OAI à verser à la recourante une somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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