

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2168/2008

ATAS/1467/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 25 novembre 2009

En la cause

Madame K_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame K _____, de nationalité roumaine, née en 1966, est secrétaire de profession. De 1990 à 1998, elle a travaillé comme secrétaire traductrice indépendante, et a occupé plusieurs postes temporaires. Elle a pu travailler à plein temps jusqu'au mois d'avril 1990. Son état de santé l'a ensuite obligée à opter pour des emplois temporaires et à temps partiel.
2. Le 17 août 1992, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), en raison de bronchopneumonies récidivantes sur malformation complexe du poumon gauche, de bronchiectasies du lobe pulmonaire inférieur gauche, de situs inversus partiel et d'agénésie splénique (rapport du 27 août 1992 du Dr A _____, spécialiste FMH en pneumologie).
3. Par décision du 1^{er} décembre 1993, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et ce, à compter du 1^{er} août 1992.
4. Le 2 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de révision tendant à l'octroi d'une rente entière.
5. Mandaté pour une évaluation psychiatrique, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport en date du 30 octobre 2001, complété le 15 janvier 2002. Il a expliqué que l'assurée présentait des traits de nature paranoïaque, mais pas d'affection mentale clairement définie. La capacité de travail devait être essentiellement jugée sur les problèmes somatiques et l'exacerbation des traits de caractère de l'assurée était la conséquence immédiate de ces problèmes. Du strict point de vue psychique, il n'y avait pas lieu, selon lui, de considérer les troubles psychiques comme aggravant notablement le degré d'invalidité physique. S'agissant des limitations à la capacité de travail, le médecin a suggéré d'éviter de travailler en équipe afin d'éviter les conflits relationnels.
6. Fort de ces renseignements, le service médical régional AI (ci-après SMR) est arrivé à la conclusion, par rapport du 23 janvier 2002, qu'il n'y avait pas aggravation de la pathologie somatique, excepté deux épisodes de surinfection grave, et que l'assurée était apte à travailler à 50% dans une ambiance dépourvue de tabac et dans une structure pas trop hiérarchisée.
7. Par décision du 15 février 2002, l'OCAI a rejeté la demande de révision. Il a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits. Cette décision a été confirmée par le Tribunal de céans le 30 septembre 2004 (ATAS/766/2004), puis par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) le 2 décembre 2005 (cause I 705/04).

8. Dans une attestation datée du 8 mars 2002, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a indiqué que la patiente développait une névrose d'angoisse.
9. Le 9 août 2007, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a adressé à l'OCAI un rapport daté du 10 avril 2007 listant les atteintes somatiques et les symptômes dont souffre l'assurée.
10. Par courrier du 27 novembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de révision formelle de sa rente en raison d'une aggravation de son état psychique et physique.
11. Par courrier du 21 février 2008, l'assurée a renvoyé l'OCAI auprès du Dr E_____, psychiatre traitant, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour l'aggravation de ses troubles psychiques, et au Dr D_____, pour l'aggravation de ses troubles physiques.
12. Le 26 février 2008, l'OCAI a demandé à l'assurée d'établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits et lui a fixé un délai pour ce faire.
13. Par courrier daté du 20 février 2008, reçu le 11 mars 2008 par l'OCAI, le Dr D_____ a indiqué ne pas pouvoir préciser les diagnostics de l'assurée au motif que cette dernière présente une très forte personnalité, refuse d'essayer des traitements, de faire des radiographies et des analyses de laboratoire. Le Dr D_____ se demandait si l'assurée ne souffrait pas de troubles de la personnalité et d'une dépression nerveuse (simulation ?). Il a ajouté ne pas pouvoir se permettre d'attester indéfiniment un arrêt de travail sans logique. Il requérait par conséquent que l'assurée soit convoquée pour une expertise complète.
14. Par avis du 13 mars 2008, la Dresse F_____, médecin auprès du SMR, a noté l'absence totale d'élément médical à l'appui de la demande de révision. Il n'y avait pas de notion d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte. Par conséquent, les conclusions du rapport SMR du 23 janvier 2002 étaient toujours valables.
15. Le 3 avril 2008, l'assurée a adressé à l'OCAI un rapport établi le 10 mars 2008 par le Dr E_____, lequel suit l'assurée depuis le 3 avril 2007. Il résulte de ce rapport que les pathologies dont souffre l'assurée sont : une dissociation mentale psychotique, une schizophrénie, une cyclophrénie, une oligophrénie, des démences et des états voisins ou équivalents, notamment induits par des substances toxiques (aliénation mentale). Il a ajouté que l'assurée demandait des séances de psychothérapie selon un rythme correspondant à sa convenance personnelle et qu'elle n'était pas obligée de venir à sa consultation. Enfin, il a précisé ne pas être spécialisé en maladies orphelines.

16. Par projet de décision du 7 avril 2008, l'OCAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Il a expliqué n'avoir reçu aucun élément médical et partant aucune indication sur une aggravation de l'état de santé ou une nouvelle atteinte. Ainsi, l'assurée conservait une capacité de gain de 50%.
17. Par décision du 13 mai 2008, l'OCAI a persisté dans les termes de son projet. Il a relevé que le Dr E_____ indique clairement que l'assurée n'est pas obligée de se présenter à sa consultation et que son traitement, au vu de ses domaines de pratique, ne relève pas de sa compétence.
18. Par acte du 16 juin 2008, l'assurée, représentée par Maître Diane BROTO, interjette recours contre la décision, concluant préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens. La recourante fait valoir qu'aux troubles somatiques déjà présents se sont associés des troubles psychiques, à savoir une dépression récurrente réactionnelle ou sinistrose avec état paranoïaque. Elle indique être suivie pour ces motifs depuis plusieurs années par des psychiatres traitants et être en incapacité de travail totale depuis avril 2000. En outre, sur le plan neurologique, elle présente des pertes de mémoire fréquentes et à court terme. Enfin, sur le plan physique, elle fait valoir qu'elle présente régulièrement des infections (abcès dentaires, otites, infections urogénitales) dont l'impact est complètement sous-évalué avec la demi-rente d'invalidité.

A l'appui de son recours, la recourante produit notamment un certificat établi le 11 juin 2008 par le Dr C_____. Selon ce médecin, l'assurée présente depuis longtemps un état dépressif réactionnel suite à sa malformation pulmonaire et abdominale associée à plusieurs épisodes de septicémie. L'assurée avait développé au fil du temps une sinistrose avec un état paranoïaque, accompagnée de troubles neurologiques qui nécessitent une expertise médicale pluridisciplinaire.

19. Par réponse du 12 août 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. Il est d'avis que l'aggravation alléguée par la recourante se fonde sur des éléments qui ont d'ores et déjà été examinés dans le cadre de la précédente procédure de révision, puisque la recourante fait valoir que son incapacité de travail totale remonte à avril 2000. Or, tant le Tribunal de céans que le TFA avaient confirmé la décision du 15 février 2002, à savoir que l'état de santé de la recourante ne s'était pas objectivement modifié.
20. Par écriture du 30 septembre 2008, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle produit à cet effet un certificat établi le 22 septembre 2008 par la Dresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cette praticienne indique que la recourante présente des troubles psychiatriques mis en évidence lors d'une évaluation faite le 18 juillet 2008. Suite

aux tests pratiqués, les diagnostics posés sont des troubles paniques (F41.0) avec une schizophrénie de type paranoïde (F20.0) et un trouble anxieux généralisé (F41.1) ainsi qu'une désinhibition psychique. La recourante présente également des difficultés dans les performances sociales, professionnelles et scolaires, des idées délirantes, des hallucinations visuelles, des sentiments de méfiance et de persécution, un manque de jugement et de prise de conscience de la gravité de sa maladie, un émoussement de l'expression des émotions et une pensée stéréotypée. Selon les désirs de la recourante, aucun traitement n'avait été prescrit.

La recourante fait valoir que les conclusions de la Dresse G_____ rejoignent celles du Dr C_____ précisées dans le certificat du 11 juin 2008. En outre, son précédent psychiatre traitant, le Dr H_____, avait également diagnostiqué, dans un courrier du 14 octobre 2004, le diagnostic de sinistrose avec état paranoïaque.

De l'avis de la recourante, une expertise psychiatrique est nécessaire afin de déterminer depuis quand elle souffre de troubles psychiatriques et quel est leur impact sur sa capacité de travail. Elle relève que cette expertise se justifie d'autant plus que celle effectuée par le Prof. B_____ remonte à 2001.

21. Par courrier du 3 octobre 2008, la recourante explique n'avoir pas retrouvé le courrier du Dr H_____ précité.
22. Le 23 octobre 2008, l'intimé indique ne pas posséder le courrier du Dr H_____. Il avait été produit par la recourante dans le cadre du recours interjeté par-devant le TFA, qui l'avait de toute manière écarté au profit des conclusions du Prof. B_____. Par ailleurs, l'intimé explique avoir soumis au SMR le certificat établi par la Dresse G_____. Le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine générale, indique dans un avis du 21 octobre 2008, auquel l'intimé se réfère, que ce certificat fait état de troubles délirants observés le 18 juillet 2008, soit postérieurement à la décision litigieuse, et pouvant justifier le dépôt d'une nouvelle demande. Compte tenu de cet avis, l'intimé persiste dans ses conclusions.
23. Le 19 novembre 2008, la recourante fait valoir que le fait que les troubles délirants soient apparus postérieurement à la décision litigieuse ne repose sur aucun élément médical concret dès lors que la Dresse G_____ n'avait pas précisé à partir de quand les troubles étaient apparus. Un complément d'instruction sur ce point devait par conséquent être effectué.
24. Le 4 mars 2009, le Tribunal de céans a entendu la Dresse G_____. Celle-ci explique avoir effectué une évaluation psychiatrique de la recourante, à sa demande, le 18 juillet 2008. Elle précise que la recourante avait eu une relation avec son frère il y a 15 ans, mais qu'elle n'avait pas revu cette dernière depuis. Les tests MINI et PANSS ont été effectués par une psychologue qui travaille avec elle,

Mme L_____. Elles avaient posé ensemble les diagnostics au regard de la CIM-10. Le témoin, qui confirme les diagnostics posés, indique ne pas pouvoir dire depuis quand les affections psychiques existent. La recourante lui avait déclaré avoir tenté de suivre un traitement psychiatrique, mais n'avoir jamais supporté les traitements. Le témoin précise que les troubles dont souffre la recourante ne peuvent pas survenir brutalement et qu'il est probable que les troubles existaient avant la consultation du 18 juillet 2008. A la lecture de l'expertise du Prof. B_____ en 2001, le témoin relève que le diagnostic posé par ce dernier, à savoir le trouble de la personnalité de type paranoïaque, ne tient pas compte des déficits des performances. Le Prof. B_____ les avait mentionnés toutefois dans son rapport, les avait expliqués, mais ne les avait pas mentionnés dans son diagnostic. Si le Prof. B_____ avait tenu compte des éléments déficitaires et persécutoires, le témoin est d'avis qu'il aurait alors posé le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde au sens de la CIM-10. Le témoin explique à cet égard que dans le trouble de la personnalité paranoïaque, c'est uniquement le symptôme persécutoire qui est pris en considération. En revanche, dans le symptôme de schizophrénie paranoïde, le cerveau ne permet pas un fonctionnement normal à quoi s'ajoute le syndrome de persécution. Pour la recourante, les traitements continus somatiques auxquels elle doit se soumettre, qui grèvent sa qualité de vie et son sommeil, ont aggravé quelque chose de préexistant, sous forme d'une anxiété généralisée et d'un trouble panique. Le témoin ajoute qu'en fonction de ce que le Prof. B_____ décrit comme symptômes, elle aurait posé en 2001 le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde au sens de la CIM-10. Ce diagnostic est un problème de structure de la personnalité. Le trouble panique et le trouble anxieux généralisé qu'elle avait diagnostiqués en 2008 sont des troubles réactionnels à des événements de vie adverse. La Dresse G_____ explique en outre que le trouble paranoïde consiste en une augmentation du flux de dopamine entre le lobe pré-frontal et le frontal dû soit à une fragilité génétique, soit à une conséquence d'un traumatisme précoce, soit à d'autres causes indéterminées en l'état actuel des connaissances. Elle ajoute que dans le cadre d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque, la personne est capable de réussir dans sa vie active en créant un milieu approprié. Dans la schizophrénie de type paranoïde, il y a en revanche un déficit de fonctionnement, ce que l'on crée un milieu approprié ou pas. Chez ces malades, il y a une incapacité d'adaptation et un déficit de fonctionnement. Selon ce que le témoin pouvait lire du rapport d'expertise de 2001, on est dans la même situation aujourd'hui qu'à l'époque. Par contre, ce qui n'est pas pareil, c'est la situation externe, à savoir que le monde du travail est devenu beaucoup plus exigeant et intolérant. S'agissant du trouble panique et du trouble anxieux, il est évident que la situation n'est pas la même en 2008 qu'en 2001. Enfin, le témoin explique qu'avec les diagnostics posés, la recourante n'a pas de capacité de travail dans le monde ordinaire du travail. Même avec un traitement psychotrope, la recourante resterait déficitaire.

A la fin de l'audience, la recourante a produit des certificats d'incapacité de travail totale de juillet 2008 à mars 2009 ainsi qu'un constat médical établi le 24 février 2009 par le Dr C _____, faisant état de la persistance des troubles psychiques avec difficulté à trouver un suivi spécialisé psychiatrique.

25. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse G _____ a, par courrier du 28 avril 2009, transmis au Tribunal de céans les tests psychologiques (PANSS et MINI) effectués lors de l'évaluation de la recourante le 18 juillet 2008.
26. Par pli du 27 mai 2009, l'intimé propose l'audition du Dr E _____. Il explique avoir soumis au SMR le témoignage de la Dresse G _____ ainsi que les tests psychologiques. Dans un avis du 25 mai 2009, auquel se réfère l'intimé, la Dresse F _____ considère que les hypothèses du témoin concernant l'expertise du Prof. B _____ en 2001 ne sont pas valables puisque le témoin n'était pas présent, que le Prof. B _____ n'avait pas posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde, lequel avait pu se présenter par la suite. S'agissant des répercussions de la schizophrénie paranoïde, la Dresse F _____ ajoute partager les conclusions de la Dresse G _____, à savoir que la recourante a une capacité de travail nulle depuis qu'elle a décompensé. Par conséquent, l'état de santé de la recourante s'est péjoré postérieurement à la décision initiale d'octroi de rente et notamment postérieurement au rapport du SMR du 23 janvier 2002.

La Dresse F _____ a rappelé que lors de son avis du 13 mars 2008, elle n'avait pas retenu d'aggravation sur le plan psychique étant donné qu'elle n'avait pas pu obtenir de rapport de la part du Dr E _____. Elle ajoute qu'il est fort vraisemblable que si la recourante avait présenté une schizophrénie paranoïde à ce moment-là déjà, le Dr E _____ l'aurait fait savoir. Il convenait cependant de pouvoir entendre ce médecin sur le status psychique que présentait la recourante à cette époque. La Dresse F _____ relève également que le seul rapport à sa disposition au moment de rendre son avis du 13 mars 2008, était celui établi par le Dr D _____ le 20 février 2008 et qui proposait une expertise. La Dresse F _____ ajoute qu'une expertise aurait été mise en oeuvre si le Dr D _____ avait alors mentionné des hallucinations ou des troubles psychotiques.

Par conséquent, la recourante semblait avoir présenté une décompensation psychique sous la forme d'une schizophrénie paranoïde postérieurement à la décision litigieuse, ce sous réserve de l'avis psychiatrique du Dr E _____.

27. Par écriture du 27 mai 2009, la recourante précise que la Dresse G _____ est intervenue pour une évaluation psychiatrique unique, de sorte qu'elle ne peut être considérée comme psychiatre traitant, mais bien en tant qu'expert privé. La recourante considère que les diagnostics posés par la Dresse G _____ attestent de l'aggravation de son état de santé, dès lors qu'elle présente un trouble anxieux

généralisé et que sa capacité de travail est nulle. La recourante considère que, quoi qu'il en soit, même si l'on devait retenir que son état de santé ne s'était pas aggravé, la rente d'invalidité devrait tout de même être augmentée en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA. A cet égard, la recourante rappelle que dans le cadre de la première procédure de révision, elle avait vainement demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, n'étant pas d'accord avec les conclusions du Prof. B_____. Selon la recourante, l'évaluation de la Dresse G_____ ainsi que son audition du 4 mars 2009 valent moyens de preuve nouveaux permettant « la révision de la décision de refus d'entrer en matière de révision de l'OCAI », de sorte qu'elle conclut au versement d'une rente entière dès 2001.

28. Sur ce, 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 1er 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 et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 13 mai 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives aux 4^{ème} et 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. a) Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable.

b) Dans son écriture du 27 mai 2009, la recourante conclut à la révision procédurale de la décision de l'intimé prise le 15 février 2002, en invoquant des moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al.1 LPGA. Or, la décision du 15 février 2002 (que la recourante nomme, à tort, décision de refus d'entrer en matière) a été confirmée par le Tribunal de céans le 30 septembre 2004 (ATAS/766/2004) et, en dernier lieu, par le TFA le 2 décembre 2005 (I 705/04). Il s'ensuit qu'une éventuelle demande de révision pour faits ou moyens de preuve nouveaux ne peut porter que sur l'arrêt du 2 décembre 2005 précité et doit être introduite par-devant le Tribunal fédéral (art. 123 al. 2 let. a de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF ; RS 173.110) En effet, la recourante ne saurait, dans le cadre de la présente procédure de recours, remettre en cause le litige qui l'opposait précédemment à l'intimé et qui a été tranché, avec force de chose jugée, par le TFA.

Par conséquent, la demande de révision de la décision du 15 février 2002, sera déclarée irrecevable.

4. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement, il s'agit d'examiner s'il y a eu une aggravation de son état de santé.
5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A cet égard, c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits

pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). On ajoutera également qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrenten-revisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

6. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions du médecin 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 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

8. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation de la recourante telle qu'elle se présentait le 15 février 2002, date de la dernière décision entrée en force, et celle qui était la sienne au moment de la décision de rejet de la demande de révision, du 13 mai 2008.
9. Il a été retenu qu'à la date déterminante du 15 février 2002, la recourante présentait la même pathologie somatique depuis le 1^{er} décembre 1993 (date de la décision initiale d'octroi de rente), en dehors de deux épisodes de surinfection grave de la base gauche pulmonaire. Sur le plan physique, la recourante continuait donc à avoir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Sur le plan psychique, la recourante présentait certes des traits de nature paranoïaque, mais ceux-ci n'influençaient pas de manière sensible la capacité de travail de l'assurée (ATFA du 2 décembre 2005, I 705/04).

La recourante fait valoir que son état de santé se serait aggravé depuis lors, en particulier sur le plan neurologique et psychique. Elle se fonde pour cela sur les rapports des Drs G_____ et C_____.

La Dresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a évalué la recourante le 18 juillet 2008 et a diagnostiqué des troubles paniques (F41.0) avec une schizophrénie de type paranoïde (F20.0), un trouble anxieux généralisé (F41.1) ainsi qu'une désinhibition psychique. Elle présentait également des difficultés dans les performances sociales, professionnelles et scolaires, des idées délirantes, des hallucinations visuelles, des sentiments de méfiance et de persécution, un manque de jugement et de prise de conscience de la gravité de sa maladie, un émoussement de l'expression des émotions et une pensée stéréotypée (rapport du 22 septembre 2008).

A la lecture de ce rapport, il apparaît que l'état de santé psychique de la recourante s'est objectivement aggravé depuis le 15 février 2002, puisque cette dernière présentait auparavant uniquement des traits de nature paranoïaque.

L'intimé, qui ne conteste plus l'aggravation de l'état de santé de la recourante, est néanmoins d'avis que cette aggravation est postérieure à la décision litigieuse du 13 mai 2008. Il se fonde pour cela sur l'avis de la Dresse F_____ du 25 mai 2009, selon lequel, si la recourante avait présenté une schizophrénie paranoïde avant le 13 mai 2008, le psychiatre traitant n'aurait pas manqué de le faire savoir.

Or, le Tribunal de céans constate que le Dr E_____ a précisément fait état dans un rapport établi le 10 mars 2008, soit avant la notification de la décision litigieuse, que la recourante - qu'il suit depuis le 3 avril 2007 - présente une dissociation mentale psychotique, une schizophrénie, une cyclophrénie, une oligophrénie, des démences et des états voisins ou équivalents. De surcroît, la Dresse G_____ a expliqué que les diagnostics constatés ne peuvent pas survenir brutalement et qu'il est probable qu'ils existaient avant la consultation du

18 juillet 2008 (procès-verbal d'enquêtes du 4 mars 2009, p. 2). Enfin, en date du 8 mars 2002, le Dr C_____ avait noté que la recourante développait une névrose d'angoisse.

Au vu de ces éléments, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante est survenue avant que l'intimé ne rende sa décision litigieuse. A cet égard, le Tribunal de céans déplore que l'intimé n'ait pas communiqué le rapport du Dr E_____ au SMR, que ce soit avant de rendre la décision litigieuse ou dans le cadre de la présente procédure.

Cela étant, le Tribunal de céans constate qu'au vu de l'aspect sommaire des rapports médicaux versés au dossier par la recourante, ceux-ci ne permettent de statuer ni sur l'évolution de son état de santé depuis le 15 février 2002, ni sur la date à partir de laquelle l'aggravation de ses troubles psychiques est survenue, ni sur les répercussions qu'entraînent ces troubles sur sa capacité de travail.

L'intimé n'ayant pas procédé à une instruction complète des troubles psychiques dont souffre la recourante, il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, confiée à un spécialiste externe, qui sera chargé de se déterminer sur l'évolution des troubles psychiques dont souffre la recourante depuis le 15 février 2002, sur sa capacité de travail ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux.

10. Le recours sera par conséquent partiellement admis et la décision du 13 mai 2008 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sujette à recours dans les meilleurs délais. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare la demande de révision de la décision du 15 février 2002 de l'OCAI irrecevable.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision de l'OCAI du 13 mai 2008.
5. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 3'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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