REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2898/2005 **ATAS/1068/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 28 novembre 2006

En la cause

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame H_____, née le 1967, souffre de poliomyélite depuis l'âge d'environ un an et demi, avec une parésie du membre inférieur gauche sur status post-poliomyélite. Elle marche à l'aide d'une orthèse cruro-pédieuse depuis 1970.

   En raison de son état de santé, l'assurée a quitté sa famille algérienne à l'âge de deux ans pour suivre des traitements en Suisse, où elle a été hébergée par une famille d'accueil. Après plusieurs allers et retours entre l'Algérie et la Suisse, elle s'est établie définitivement en Suisse en 1982, puis s'est mariée en 1987.

2. Le 20 février 1995, elle a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une demande de prestations visant l'octroi de moyens auxiliaires. Par décision du 28 avril 1997, l'OCAI lui a accordé la prise en charge de cours d'auto-école et d'amortissement et de réparation de son véhicule, en raison de son impossibilité de se déplacer en transports publics.

3. L'assurée est au bénéfice d'un certificat de capacité de couturière (1986), ainsi que d'un certificat de téléopératrice (1991).

   Dès 1990, elle a travaillé pour le compte des X_____, devenus Y_____, d'abord comme téléopératrice et, dès le 1er juillet 1994, comme fonctionnaire administrative.

4. De fin juillet à fin août 1995, puis à nouveau dès la fin novembre 1995, l'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travailler. Elle a repris son activité à 50% dès le 1er juin 1996.

5. Le 8 juillet 1996, elle a demandé à l'OCAI à être mise en bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité.

6. Selon le rapport intermédiaire du 12 février 1997 du médecin traitant, le Dr A_____, l'assurée se plaignait depuis le début de l'année 1996 de ne pouvoir effectuer son travail de téléphoniste à plus de 50% en raison d'une fatigabilité excessive et des douleurs lombaires occasionnées par la position assise prolongée. Il a déclaré qu'à son avis cette incapacité relevait plus du domaine psychique, la patiente souffrant d'un état dépressif réactionnel, pour lequel elle était suivie par le Dr B_____, psychiatre. Il précisait encore que sa patiente ne suivait aucun traitement à visée somatique.

7. Le 28 février 1997, le Dr B_____, psychiatre de l'assurée depuis septembre 1995, a diagnostiqué chez elle une dépression majeure de sévérité moyenne, pour un épisode isolé, susceptible d'amélioration, "actuellement améliorée". Il notait une thymie triste, une perte d'espoir et d'intérêts, des autoaccusations, un retrait social avec éléments phobiques, des troubles du sommeil et de l'appétit et de discrets

troubles de la concentration, de même qu'un syndrome de "burn out" professionnel. Il ne précisait aucune incapacité de travail et ne mentionnait pas de traitements médicamenteux.

8. Par décision du 14 mai 1998, l'OCAI a reconnu à l'assurée, en raison des suites de la poliomyélite, un degré d'invalidité de 50% dès le 1er juillet 1996, après constatation d'une incapacité totale puis partielle de travailler depuis le 24 juillet 1995. Une révision de la rente était fixée au 30 septembre 2000.

9. L'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travailler du 30 novembre 1999 au 31 décembre 2000. Il ressort des anamnèses qu'elle a fait une rechute dépressive en 1999 et une tentative de suicide en mars 2000 avec hospitalisation à Belle-Idée.

10. En janvier 2001, l'assurée a vu son poste de travail supprimé en raison de restructurations. Son employeur lui a proposé un nouveau contrat d'une durée limitée à deux ans, avec échéance au 31 janvier 2003. Avec le soutien de celui-ci, elle a alors suivi une formation à plein temps de couturière modéliste à Lausanne en vue d'une réinsertion professionnelle. (Il semble que l'assurée n'a pas achevé cette formation).

11. Le 24 octobre 2001, l'OCAI a envoyé à l'assurée un formulaire de révision de la rente. L'assurée y a mentionné, le 10 novembre 2001, que son état de santé était toujours le même et qu'il n'y avait pas eu de modification, tout en précisant qu'elle avait été incapable de travailler à 100% du 15 octobre 1999 au 30 novembre 2000.

12. Le 21 décembre 2001, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire, qu'il n'y avait pas eu d'évolution ou de modification du status et qu'il n'y avait aucune mesure thérapeutique à l'exception d'une psychothérapie itérative et un suivi psychologique. Il évaluait la capacité de travail de sa patiente à 50% au plus quel que soit le type d'activité.

13. Le médecin-conseil de l'OCAI, le Dr J_____ a considéré, le 17 janvier 2001, que la capacité de travail de l'assurée ne dépassait pas 50% "avec l'état dépressif".

14. Par avis du 22 janvier 2002, l'OCAI a estimé que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas changé, de sorte que le droit à une demi-rente subsistait. Dans un délai de 30 jours, l'assurée pouvait demander la notification d'une décision susceptible de recours ou des renseignements complémentaires.

15. Par lettre manuscrite du 22 février 2002 adressée à l'OCAI, l'assurée a demandé des mesures de reclassement en lien avec sa formation de modéliste et styliste à Lausanne. Elle a exposé s'être trompée dans sa demande de révision du 10 novembre 2001 lorsqu'elle avait mentionné que son état de santé ne s'était pas modifié. Elle a fait valoir une altération de son jugement en raison d'un état psychique "aggravé et inconstant" lié à deux dépressions, l'une d'octobre à juin

1996 et l'autre d'octobre à fin novembre 2000, ayant provoqué une incapacité de travail de 100% selon elle.

16. Le 28 février 2002, le médecin-conseil de l'OCAI a estimé que l'état de santé de l'assurée semblait s'être amélioré et proposait d'interroger le psychiatre.

17. Du 18 mars au 21 avril 2002, l'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travailler en raison de son hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique dans un centre de thérapies brèves à Genève.

18. En avril 2002, l'assurée a déménagé à la Chaux-de-Fonds. Après avoir consulté très épisodiquement la Dresse C_____, psychiatre, elle a entamé un bref suivi thérapeutique auprès de la Dresse D_____, psychiatre, dès septembre 2002.

19. Les 12 novembre et 2 décembre 2002, la Dresse D_____ a diagnostiqué chez sa patiente un trouble dépressif moyen récurrent (F.33.1) et une anxiété généralisée (F.44.1) depuis 1995, ainsi qu'un fonctionnement masochiste. La patiente évoquait un sentiment de tristesse, de pessimisme vis-à-vis de l'avenir, de la culpabilité, un sentiment d'incompétence et beaucoup d'angoisse. Elle connaissait une difficulté d'appartenance à deux cultures. S'y ajoutaient des phobies majeures à la limite du sentiment de persécution, des clivages, ainsi que des difficultés financières. Selon la psychiatre, les troubles psychiques étaient grandement influencés par des problèmes sociaux, culturels ou familiaux et étaient réactionnels à des événements de vie adverses. Par contre, des raisons socio-économiques, conjoncturelles ou un surmenage ne jouaient aucun rôle. L'état de santé était jugé stationnaire. Le traitement prescrit consistait en entretiens de soutien et prise de deux comprimés de SEROPRAM à 20 mg par jour. S'agissant du taux d'incapacité entraîné par les troubles psychiques, ce médecin a indiqué que la patiente était au bénéfice d'une demi-rente AI et entreprenait une formation de modéliste-styliste. Elle n'a pas mentionné d'incapacité de travail particulière liée à l'état de santé psychique.

20. Par décision du 21 janvier 2003, confirmée sur opposition le 17 mars 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée un droit à des mesures professionnelles, considérant que le poste de téléphoniste était adéquat. La formation suivie par l'assurée à plein temps, qui l'empêchait selon elle de s'adresser à l'assurance-chômage, ne constituait pas un élément probant.

21. Dès le 1er juillet 2003, l'assurée a bénéficié d'allocations de l'assurance-chômage, dans un délai-cadre ouvert en sa faveur du 1er juillet 2003 au 30 juin 2005. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

22. En janvier 2004, l'assurée, divorcée depuis 1996, a informé l'OCAI de son remariage à Genève le 16 mai 2003 et de son nouveau domicile dans le canton de Genève.

23. Le 24 juillet 2004, l'OCAI a envoyé à l'assurée un formulaire de révision de la rente. L'assurée a rappelé, le 5 août 2004, que son état s'était aggravé depuis 1999, qu'elle connaissait des angoisses, une dépression avec des idées l'ayant amené à une hospitalisation à Belle-Idée en 2000, puis une prise en charge auprès du "CTB" (Centre de thérapies brèves) après une rechute en 2002. Elle indiquait une incapacité de travail totale d'octobre à décembre 2000 et dès le 27 avril 2004.

24. M. K_____, psychologue et psychothérapeute, et la Dresse E_____, généraliste, du Centre de psychologie clinique à Genève, qui l'ont suivie depuis février 2004, ont diagnostiqué le 10 décembre 2004 un trouble de la personnalité de type borderline (F60.31) et une dysthymie (F34.1), entraînant une incapacité de travail de 100% dès le 27 avril 2004. Ils ont considéré que la demande d'augmenter le taux d'invalidité de 50% était largement justifiée. Une souffrance psychologique durait chez la patiente depuis plusieurs années et ils craignaient qu'une activité professionnelle n'aggrave son état de souffrance psychopathologique voire psychosomatique. Il était précisé que l'assurée attendait la naissance de son premier enfant. Celui est né le 11 décembre 2004.

25. Par rapport du 10 janvier 2005, les Drs F_____, anesthésiste, et G_____, interniste et diabétologue, du Service médical régional AI du Léman (ci-après : SMR), ont estimé que les diagnostics du Centre de psychologie clinique étaient déjà connus lors de l'octroi de rente et de la décision sur opposition du 17 mars 2003 (sic) et qu'ils n'avaient pas empêché l'assurée de travailler à 50%, puis d'entreprendre une formation à plein temps. En outre, ils n'étaient pas invalidants en sens de l'assurance-invalidité. Se basant "principalement sur l'argument du rapport psychiatrique" du Centre de psychologie clinique, ces médecins en ont déduit qu'il n'y avait pas de changement dans l'état de santé de l'assurée.

26. Par décision du 19 avril 2005, l'OCAI a constaté que les éléments recueillis ne lui permettaient pas conclure à une modification de l'état de santé et a confirmé l'octroi d'une demi-rente.

27. Par lettre du 12 mai 2005, M. K_____ et la Dresse E_____ ont attesté consolider leur suivi thérapeutique auprès de l'assurée en raison de l'aggravation de ses souffrances psychopathologiques.

28. Par décision sur opposition du 14 juin 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de la recourante et confirmé sa décision. Il a considéré qu'il n'y avait pas de modification déterminante des circonstances ouvrant la voie de la révision de la rente pour les motifs déjà exposés dans sa première décision.

29. Par acte du 16 août 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal). Elle conclut préalablement à la suspension de la procédure dans l'attente d'un rapport médical

requis par ses soins, à l'autorisation de déposer ce rapport et à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son écriture, et principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rentière entière dès le 27 juillet 2004.

30. L'OCAI ne s'est pas opposé à la suspension selon courrier du 31 août 2005.

31. Par ordonnance du 7 septembre 2005, le Tribunal a prononcé la suspension de l'instruction et réservé la suite de la procédure, en raison de l'expertise mandatée par la recourante.

32. Le 6 octobre 2005, les Drs H_____, psychiatre et psychothérapeute, et I_____, rhumatologue, ont rendu l'expertise multidisciplinaire qui leur avait été confiée par la recourante. Il en ressort que les plaintes de celle-ci consistaient en un état de grande fatigue, qui l'empêchait de "se prendre en main". Elle n'avait plus envie de sortir de chez elle. Pour ses activités quotidiennes, elle a indiqué se lever tôt, s'occuper de son bébé, préparer les repas de midi, faire un peu de ménage ou de lessive dans la mesure de ses possibilités physiques. Concernant sa vie sociale, elle a expliqué être plutôt isolée et désirer être indépendante. Elle indiquait être stressée à l'idée d'un entretien d'embauche.

    S'agissant de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ l'a décrite comme vive, enjouée et souriante à son arrivée à la consultation, puis montrant rapidement une certaine labilité d'humeur en pleurant à maintes reprises pendant la session d'expertise. L'expert privé n'a constaté aucun trouble de la personnalité, mais a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec un épisode "actuel léger à moyen" (F33.10) et des traits de personnalité borderline de type impulsifs, exagérant les items dépressifs. L'analyse des différences entre les plaintes de l'assurée et les symptômes présentés démontrait une tendance à l'apitoiement sur soi. Selon l'expert, la recourante avait une tendance à ressentir d'une façon exagérée de petits signes sans signification particulière et elle pouvait imaginer être complètement inapte à une tâche alors qu'en fait il n'en était rien.

    Ces médecins n'ont noté aucune péjoration de l'état de santé de la recourante, ni du point de vue rhumatologique, ni du point de vue psychopathologique, étant précisé qu'en l'absence d'un traitement adéquat son état à ce niveau s'était "chronifié". Si la recourante a conservé, du point de vue rhumatologique, une capacité de travail de 50% dans un emploi adapté (travail assis, sans port de charges lourdes avec la possibilité de changer de position régulièrement), son état thymique, qui ne pouvait être considéré comme définitif, ne lui permettait pas d'assumer ce mi-temps en l'état selon les experts. Selon eux, une activité professionnelle ne peut être envisagée. Ils ont préconisé la reconnaissance d'une incapacité entière, soit 50% d'invalidité concernant les séquelles de la poliomyélite et 50% concernant l'état thymique, avec une évaluation après un an, suite à la mise en place d'une psychothérapie et de

médications anti-dépressives. Enfin, l'examen rhumatologique n'a mis en évidence aucun point de fibromyalgie.

33. Faisant suite à la demande de la recourante du 19 mai 2006, le Tribunal a repris l'instruction de la cause le 24 mai 2006 et a imparti un délai au 23 juin 2006 aux parties pour se déterminer, délai prolongé au 14 juillet 2006.

34. Par écritures du 20 juin 2006, la recourante relève que les experts ont considéré que ses troubles psychiatriques sont constitutifs d'une invalidité à 100%, ce qui représente une modification notable du taux retenu dans la première décision, et ce dès le 27 juillet 2004, jour du dépôt de sa demande. Elle expose encore qu'une nouvelle expertise devra être menée à la mi-octobre 2006, pour une nouvelle évaluation de son état de santé selon les conclusions des experts.

35. Le 26 juin 2006, le médecin-conseil de l'OCAI considère que la dépression de la recourante ne revêt pas un caractère grave, puisqu'elle est identifiée comme légère à moyenne et que la recourante est en mesure de s'occuper de son enfant. Il relève également la tendance de la recourante à exagérer les éléments dépressifs. En outre, cet état est susceptible de s'améliorer.

36. Par courrier du 13 juillet 2006, l'OCAI, s'appuyant sur les conclusions du Dr J_____, son médecin-conseil, retient que les experts n'ont pas mis en évidence de motifs objectifs qui entraveraient de façon durable les possibilités de la recourante d'exercer sa profession à mi-temps. La problématique dépressive de l'assurée est extrêmement fluctuante, susceptible d'amélioration sous traitement adéquat. Enfin, l'état dépressif léger à moyen, constaté par les experts, ne justifie pas en règle générale, une incapacité de travail durable. Il n'y a donc pas d'aggravation notable et durable de la capacité de travail de la recourante, susceptible de modifier son droit à la rente.

37. Les écritures précitées ont été communiquées aux parties et la cause a été gardée à juger le 18 juillet 2006.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6 b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un Tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   En l'espèce, la LPGA est applicable, car tant l'ouverture de la procédure en révision que la décision litigieuse sont postérieures au 1er janvier 2003.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité de la recourante s'est modifié de manière à lui ouvrir un droit à une rente entière.

   Elle soutient qu'en sus de ses problèmes de santé liés à son status post-poliomyélite pour lesquels une demi-rente lui a été octroyée, demi-rente dont le bien-fondé n'est nullement remis en cause dans la présente procédure, elle connaîtrait une aggravation de son état de santé psychique depuis 1999 au point qu'elle est devenue totalement incapable de travailler.

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). Pour évaluer le taux

d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). Suivant le chiffre 1007 de la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6), qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. 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).

En ce qui concerne le diagnostic de dépression, souvent posé par des non-psychiatres, il est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est en effet nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave durable. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables.

Par ailleurs, la jurisprudence, relative aux atteintes à la santé psychique concernant les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, considère que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA (cf. art. 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit

reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; Arrêt I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 3.1). En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champs socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (VSI 2000 p. 155).

Enfin, pour l'appréciation des éléments médicaux, le Tribunal fédéral des assurances a précisé (ATF 125 V 351) que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

7. En l'occurrence, l'intimé a examiné d'office par deux fois l'éventuelle révision du droit à la rente de la recourante pour une problématique psychique. La deuxième procédure en révision est l'objet du présent litige.

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. Il convient d'ajouter que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5), lesquels demeurent dès lors applicables par analogie. L'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) prévoit que la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente. Le point de savoir si un tel changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision

litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence;.voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Suite à une nouvelle demande, est comparé l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (VSI 1999 84). En outre, les faits survenus postérieurement à la décision sur opposition, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Enfin, d'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

8. La première décision de refus de révision, du 22 janvier 2002, avait été initiée par l'intimé qui l'avait agendé dans sa décision de rente au 30 septembre 2000. Dans le cadre de cette procédure, l'intimé avait requis et obtenu un rapport médical du médecin traitant de la recourante, qui avait indiqué que l'état de santé de celle-ci était stationnaire et que sa capacité de travail restait de 50% dans son activité, considérée comme adapté à son état de santé. Précédemment, le Dr B_____, psychiatre de la recourante, avait évalué la situation de sa patiente d'une manière identique dans son rapport du 21 février 1997.

9. En ce qui concerne la procédure litigieuse, l'OCAI a à nouveau initié le réexamen de la situation de la recourante par lettre du 24 juillet 2004. Dans ce cadre, ont été produits le rapport médical de M. K_____ et de la Dresse E_____ du 10 décembre 2004 et l'avis des Drs F_____ et G_____ du SMR du 10 janvier 2005. Respectivement psychologue, généraliste, anesthésiste et interniste-diabétologue, aucun d'entre eux n'a qualité pour poser un diagnostic relatif à une maladie psychique selon la jurisprudence. L'intimé ne possédait donc pas un avis médical pertinent pour fonder sa décision de refus de révision. En outre, il s'est fondé sur celui des Drs F_____ et G_____, qui se révèle inexact, dans la mesure où le trouble de la personnalité de type borderline (F.60.31) et la dysthymie (F.34.1) sont des diagnostics nouveaux dans le dossier de la recourante. Par ailleurs l'avis de ces médecins sur la capacité de travail de la recourante ne contient aucun argument fondé sur la science médicale, mais sur des considérations générales.

   Pour toutes les raisons qui viennent d'être évoquées, le Tribunal ne retiendra pas les conclusions de ces médecins quant à l'évaluation de la capacité de travail dans la mesure où ils ne revêtent pas de force probante en regard des critères jurisprudentiels.

   Il y a lieu de constater que l'expertise privée confiée au Dr H_____ par la recourante, a été menée par un psychiatre reconnu, se fonde sur un examen psychiatrique complet, prend en considération les plaintes exprimées par la

recourante et démontre une pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Les descriptions de la situation médicale et les appréciations émises sont claires. Cette expertise présente ainsi une valeur probante suffisante.

10. Le diagnostic posé par le Dr H_____ est un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel léger à moyen (F.33.10), sans syndrome somatique, ainsi que des traits de personnalité borderline de type impulsifs qui ne constituent pas, selon l'expert, un trouble de la personnalité selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé. A titre de diagnostic sera donc retenue la dépression récurrente (F.33).

    Ce diagnostic émanait déjà du rapport de la Dresse D_____ de décembre 2002 (F.33.11) et du rapport du Dr B_____ de 1997, de sorte qu'il répond clairement au critère de durabilité retenu par le TFA. En outre, le Dr H_____ n'indique pas que ce trouble est consécutif à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Sur ce point, la Dresse D_____ avait fait part d'un avis similaire. Par conséquent, ce diagnostic de dépression (F.33) répond en tous points aux critères d'atteinte psychique.

    Cette atteinte, déjà diagnostiquée par le Dr B_____ en 1997, n'est ainsi pas nouvelle. A cette époque, ce psychiatre avait indiqué que la dépression était majeure de sévérité moyenne. Il n'avait pas constaté d'incapacité de travail qui en découlait. En 2002, la Dresse D_____ a également qualifié la dépression dont souffre la recourante de moyenne, sans conséquence sur sa capacité de travail.

    Quant au Dr H_____, il a indiqué dans son expertise d'octobre 2005 que l'on ne pouvait pas parler d'une aggravation de l'état psychopathologique de la recourante. Toutefois, la capacité de travail de la recourante était à son avis inexistante, en raison d'une "chronicisation" de son état de santé psychique, imputable à l'absence de traitement adéquat. Or, il ressort des pièces à disposition que la recourante a régulièrement suivi des traitements depuis de nombreuses années, à savoir de 1995 à 2001 un suivi auprès du Dr B_____, puis après son arrivée à la Chaux-de-Fonds un suivi avec médication auprès de la Dresse D_____, qui ne mentionne pas que la recourante aurait failli à ce traitement, enfin, dès février 2004, un suivi thérapeutique auprès du Centre de Psychologie Clinique, qui se poursuivait encore le 12 mai 2005. Pour l'année 2003, année pendant laquelle elle ne semble pas avoir poursuivi de traitement psychothérapeutique, rien dans le dossier n'indique que la recourante aurait connu une rechute dépressive Aussi le Tribunal de céans constate-t-il que celle-ci a suivi régulièrement des traitements, qui n'apparaissent pas inadéquats, contrairement à ce que soutient l'expert. Ce dernier a du reste évalué l'épisode dépressif comme léger à moyen. Cette évaluation marque non pas une aggravation mais plutôt une amélioration de l'état de santé de la recourante par rapport à la situation qui prévalait fin 2002.

Dans ces circonstances, le Tribunal s'écartera des conclusions de l'expert privé et constatera qu'aucun élément probant n'indique que la capacité de travail et de gain de la recourante s'est modifiée depuis la dernière décision de refus de révision entrée en force, voire depuis la décision initiale d'octroi de la demi-rente. Le fait que la recourante n'a pas repris d'emploi depuis plus de cinq ans est assurément un élément qui peut rendre difficile la mise en œuvre de la capacité de travail résiduelle, mais ne justifie à lui seul aucunement la reconnaissance d'un changement de circonstances propre à réviser le droit de la recourante à une rente plus élevée.

Ainsi, la décision de refus de révision de l'intimé doit être confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

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