

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3839/2007

ATAS/275/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6
du 6 mars 2008

En la cause

Madame N_____ domiciliée à VERNIER

Recourante

contre

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

Intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame N_____, originaire d'Italie, est de nationalité suisse depuis 2002. Elle est célibataire, mère d'un enfant né en 1986.
2. Elle est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et a travaillé comme secrétaire auprès de divers employeurs entre 1983 et 1988 et en 1991. De 1992 à 1994, elle a séjourné en Italie. Elle a retrouvé un emploi d'août à décembre 1996 puis à 50 %. Elle a travaillé de février à juin 1997 pour X_____ et de mai à septembre 1997 pour Y_____. De novembre 1997 au 30 juin 1999, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.
3. Une oesogastroduodéoscopie du 26 juin 1998 conclut à l'existence d'une gastrite.
4. Le 15 octobre 1998, la policlinique de chirurgie constate un kyste de l'astragale tout en mentionnant que la patiente est très anxieuse et le 16 mars 1999 qu'au cas où la douleur deviendrait insupportable, une intervention chirurgicale pourrait être envisagée.
5. Le 31 mars 1999, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité en mentionnant une dépression nerveuse depuis 1991 et un kyste à l'astragale en 1998.
6. Le 9 avril 1999, le Dr A_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de l'OCE, a considéré que l'assurée devrait être suivie par un spécialiste et bénéficier d'une rente AI au minimum à 50 %.
7. Le 19 avril 1999, le Dr B_____ a attesté d'un kyste astragalienne à la cheville gauche et d'un probable état dépressif réactionnel depuis l'été 1997.
8. Le 29 avril 2000, le Dr C_____, médecine générale et médecin-traitant de l'assurée a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique *"une personnalité borderline, dépendance (tabac), troubles anxieux caractérisés, état anxio-dépressif, hépatite C chronique, kyste astragalien droit"*.

Elle souffrait d'instabilité émotionnelle, de troubles anxieux et d'attaques de panique. Le Dr A_____, psychiatre, avait suggéré une prise en charge psychothérapeutique et par l'AI pour problèmes d'adaptation psychosociale. Il existait une incapacité de travail à 50 % depuis le 28 mars 2000.
9. Le 16 mars 2000, le Dr D_____, médecin associé au département de chirurgie des HUG, a attesté qu'un accident du 13 janvier 2000 avait réactivé la douleur diffuse de la cheville gauche. Elle était capable de travailler dès le 27 mars 2000.

10. Le 17 avril 2000, à la demande du Dr C_____, le Dr E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a évalué l'assurée et retenu le diagnostic essentiellement de personnalité dépendante. L'assurée était incapable de confiance en elle pour établir des relations équilibrées et réciproques avec autrui et présentait des difficultés d'adaptation durable à l'emploi. Il était raisonnable d'envisager une AI à 50 % compte tenu des difficultés réelles de la patiente et de sa pathologie mais aussi des efforts d'adaptation qu'elle était en mesure de faire.
11. Le 19 octobre 2000, le Dr F_____, médecin de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), a mentionné que vu les troubles psychiques et la difficulté à s'intégrer dans le monde économique normal, il fallait admettre une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 50 %, avec révision dans trois ans.
12. Le 30 novembre 2000, l'OCAI a reconnu à l'assurée un statut d'active.
13. Par projet de décision du 1^{er} décembre 2000, l'OCAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 9 avril 2000 fondée sur un degré d'invalidité de 50 % et une incapacité de travail à 50 % depuis le 9 avril 1999.
14. Par décisions des 7 février, 15 mars, 1^{er} octobre et 8 novembre 2001, l'OCAI a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assurée depuis le 1^{er} avril 2000.
15. Le 21 octobre 2004, le Dr C_____ a attesté que l'assurée présentait une hépatite C.
16. Le 21 juin 2005, l'assurée a déposé une demande de révision de sa rente dans le sens d'une augmentation au moins à 80 % en raison d'une dégradation de son état de santé.
17. Le 6 juin 2005, le Dr C_____ a attesté que l'assurée suivait un traitement engendrant une grande quantité d'effets secondaires et une incapacité totale de travail.
18. Le 24 août 2005, la Dresse G_____ a attesté que l'assurée avait été suivie à la Fondation Phenix du 10 mars 2004 au 20 janvier 2005, avec hospitalisation à la Clinique Belemont du 12 au 19 mars 2004.
19. Le 15 août 2005, le Dr H_____, spécialiste FMH en ORL et en chirurgie cervico-faciale, a attesté avoir suivi l'assurée du 20 juillet au 15 août 2005 pour une rhinite chronique et bouchons de cérumen bilatéraux.
20. Le 2 septembre 2005, le Dr I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté avoir suivi l'assurée du 5 novembre 2002 au 2 mars 2004, laquelle présentait une incapacité de travail totale. Une prise en charge à la Fondation Phenix avait été nécessaire.

21. Le 3 octobre 2005, le Dr C _____ a diagnostiqué des *"Troubles anxieux accompagnés d'attaques de panique. Etat dépressif récurrent. Troubles de la personnalité limite. Dépendance. Hépatite C chronique avec fibrose intersticielle / traitée par interféron. Kyste astragalien talon droit. Trouble de la pigmentation vulvaire."*

Elle présentait une inadaptation psychosociale caractérisée et compliquée de troubles de la personnalité limite rendant pratiquement impossible une vie qualifiée de normale. Elle avait suivi un traitement d'interféron en 2005 occasionnant une dépression accentuée. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.

22. Le 3 octobre 2005, le Dr J _____, FMH médecine interne, gastro-entérologie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il mentionne un traitement de l'hépatite C depuis le 28 février 2005 pour six mois.

23. Le 31 mars 2006, le Dr I _____ a diagnostiqué une personnalité limite, une dépendance à la cocaïne et une suspicion de schizophrénie NS avec une incapacité de travail totale depuis novembre 2002. Elle présentait une désorganisation de la pensée et du comportement, quelques hallucinations et de l'angoisse. Il l'avait adressée à un centre spécialisé dans les toxicodépendances. Une dernière consultation avait eu lieu en 2004.

24. Le 14 juin 2007, le Dr K _____, FMH psychiatrie, psychothérapie, a rendu, à la demande de l'OCAI, une expertise, fondée sur des entretiens avec l'assurée des 13 décembre 2006 et 22 février 2007.

L'assurée avait failli être assassinée par son conjoint alcoolique en 1993. Après 1995, elle n'avait plus de domicile jusqu'en 1998, date à laquelle elle a rencontré un héroïnoman et est devenue dépendante à la drogue qu'elle avait arrêtée en 2005 avec l'aide de la Fondation Phenix. Elle avait eu quelques rechutes avec la cocaïne et fait plusieurs overdoses. Depuis mi-février 2007, elle était abstinente. Elle se sentait très fragile, avait l'impression que la société l'avait brisée et qu'elle avait tout raté dans sa vie. Son état s'était dégradé depuis début 2007 car son père était atteint de démence.

Son fils ne vivait plus avec elle. Elle avait fait une tentative de suicide à 14 ans, avait eu un traumatisme crânien à la suite d'un accident et avait fait une dépression qui avait duré dix ans à la suite de son accouchement.

Elle présentait une polytoxicomanie (F19), un syndrome de dépendance à l'héroïne et à la cocaïne, actuellement abstinente F11.20 et F14.20, ainsi qu'un syndrome de cocaïne F14.2.

La toxicomanie était à l'arrière-plan d'un trouble mixte de la personnalité, soit une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31).

"La personne assurée remplit aussi les critères de base d'un trouble spécifique de la personnalité. Il faut voir que les attitudes et les comportements de l'assurée sont nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, par exemple l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode de relation à autrui. Il faut voir que le mode de comportement anormal de l'assurée est durable, persistant et pas limité à des épisodes de maladie mentale. Le mode de comportement anormal est profondément enraciné, clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variables (vie sentimentale, vie professionnelle). Il faut également voir que le trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable et qu'il est habituellement - mais pas toujours - associé à une dégradation personnelle, professionnelle et sociale auprès de la personne assurée."

Elle souffrait d'épisodes hallucinatoires qui étaient des épisodes psychiatriques dans le cadre de la personnalité de type borderline *"dans laquelle se trouve aussi le risque de petites décompensations psychotiques mais qui sont en outre également à considérer dans le cadre de la dépendance à la cocaïne"*. Elle ne présentait pas les symptômes somatiques les plus typiques d'une dépression. Une capacité de travail de 50 % était réaliste. *"On doit partir de l'idée que l'assurée est ralentie dans la flexibilité cognitive et affective et qu'elle met le double du temps pour exécuter une activité mentale. Elle présente un rendement de 50 %. Du point de vue psychiatrique, on peut postuler que l'assurée est capable de travailler huit à neuf heures par jour avec un rendement de 50 %. Il est tout à fait exigible de sa part qu'elle soit présente sur un lieu de travail durant huit à neuf heures par jour car à la fin de l'examen psychiatrique, elle ne présentait pas une fatigabilité telle qu'elle ne pouvait plus faire un effort mental. En outre, il faut aussi partir dans l'idée que la personne assurée présenterait un risque de décompensation dépressive anxieuse ou psychotique avec des hallucinations si elle était exposée à un stress trop important."*

L'ancienne activité était exigible durant huit à neuf heures par jour avec un rendement de 50 %. Elle pouvait s'adapter à un environnement professionnel dans un cadre bien structuré, avec une hiérarchie claire. Elle pouvait s'habituer à un rythme de travail mais seulement avec un rendement de 50 %. *"Elle peut s'intégrer dans un tissu social s'il est bien structuré, où elle n'a pas trop d'interactions avec d'autres personnes (par exemple dans un bureau où elle a aussi la possibilité d'être souvent seule), car on doit partir dans l'idée que si l'assurée avait trop d'interactions sociales, elle présenterait un trouble interpersonnel important qui produirait une décompensation au niveau du travail."*

Il était nécessaire qu'elle s'abstienne totalement de consommer de la cocaïne et qu'elle suive une psychothérapie, laquelle devait permettre une stabilisation de son état.

25. Les 14 juillet et 10 août 2007, l'assurée a été vue par un médecin de SOS Médecins, lequel, à la dernière date, a constaté des effets secondaires de la cocaïne.
26. Le 16 août 2007, le Dr L_____ du SMR a estimé que l'expertise confirmait l'avis du Dr E_____ de 2000, que l'hépatite C avait été correctement traitée et que la preuve d'une aggravation de l'état de santé n'était pas apportée.
27. Par projet de décision du 22 août 2007, l'OCAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée.
28. Le 28 août 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que sa dépendance aux drogues et une grande dépression, ainsi que les séquelles du traitement de l'hépatite C, l'empêchaient de travailler à 50%. L'expert avait banalisé ses problèmes.
29. Le 3 septembre 2007, le Dr C_____ a écrit à l'OCAI qu'il était illusoire que l'assurée puisse travailler à 50 % comme employée de commerce et que son état de santé physique restait extrêmement tragique et son état psychologique incompatible avec l'exercice d'une profession.
30. Par décision du 27 septembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente en estimant, selon un avis du SMR du 25 septembre 2007, que l'appréciation du Dr C_____ ne permettait pas d'établir une aggravation de l'état de santé.
31. Le 15 octobre 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant que son médecin-traitant avait attesté qu'elle ne pouvait travailler et sollicitait une rente entière de l'assurance-invalidité.
32. Le 7 novembre 2007, la Dresse M_____, médecin interne au Service d'abus de substances des HUG, a attesté que la recourante avait été régulièrement suivie en octobre 2007.
33. Le 9 novembre 2007, le Dr C_____ a attesté que la recourante était régulièrement suivie à la consultation psychiatrique des HUG.
34. Le 8 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
35. Le 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête au cours de laquelle il a entendu le Dr C_____. Celui-ci a déclaré :

"Je suis le médecin traitant depuis le 13 avril 1995. Je la suis régulièrement depuis.

Mme N_____ présente une inadaptation socioprofessionnelle ainsi que des troubles psychiques. Elle a une personnalité dépendante avec des variations de

l'humeur, un caractère borderline et un trouble bipolaire. Je l'ai adressé plusieurs fois à un psychiatre notamment le Dr I_____. Elle a pratiquement en permanence eu un suivi psychiatrique. Lorsqu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique je délivrais moi-même des antidépresseurs ainsi que des antipsychotiques. Elle a été notamment suivie au CTB ainsi qu'au Centre de la consultation pour dépendances.

Mme N_____ a un parcours socioprofessionnel chaotique. Je ne voyais même pas comment elle pouvait travailler à 50 %. Elle a été traitée en 2005 pendant 9 mois pour l'hépatite C. Ce traitement, débuté en février 2005, a des effets secondaires importants notamment un état dépressif ainsi qu'un état fébrile, grippal 3 jours par semaine. Mme N_____ a été compliant. Le traitement a réussi à négativer les anticorps. J'ai mené ce traitement conjointement avec le Dr N_____. En règle générale ce traitement entraîne une incapacité de travail totale voire au mieux une capacité de 2 jours par semaine. Dans le cas de Mme N_____ il est clair que le traitement a entraîné une incapacité de travail totale pendant toute la durée.

Pour moi le contexte psychiatrique, la souffrance psychique de Mme N_____ ne lui permet pas de travailler. Elle est hors société en inadéquation avec le monde du travail. Je ne la vois pas faire des tâches régulières, suivre un horaire. Je ne suis donc pas d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr K_____.

A l'époque j'étais d'accord avec les conclusions du Dr E_____, notamment avec la constatation d'une capacité de travail à 50 % laquelle paraissait raisonnable. L'état de santé de Mme N_____ s'est péjoré depuis 2000, notamment par l'augmentation de la consommation de drogues, soit la prise compulsive de cocaïne en intraveineuse. Mme N_____ a fait des rencontres affectives qui lui ont causé du tort, dues également à sa personnalité dépendante. Je suis d'accord avec le diagnostic du Dr I_____ soit une suspicion de schizophrénie dès lors que la patiente a des visions depuis le début de notre traitement en tous les cas. Mme N_____ a eu un suivi psychiatrique du 5 novembre 2002 au 2 mars 2004 par le biais de la fondation Phénix.

Vous m'informez que le Dr K_____ a exclu l'existence de symptômes somatiques les plus typiques d'une dépression. Il me paraît toutefois normal que la patiente ne présente tous les signes d'une dépression dès lors qu'elle est sous traitement antidépresseur. Pour moi Mme N_____ fonctionne sous un mode psychotique.

J'ai été très surpris par l'expertise du Dr K_____ dont les conclusions sont pour moi irréalistes. J'approuve en revanche le rapport médical du Dr I_____."

44. La recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise et l'intimé a contesté la pertinence d'une telle mesure d'instruction.
45. Le 31 janvier 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr Roger E_____ et leur a imparti un délai au 14 février 2008 pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert, ainsi que sur la mission d'expertise.
46. Le 19 février 2008, l'OCAI a récusé l'expert en estimant que la mission d'expertise ne pourrait pas être remplie de manière neutre puisque le Dr E_____ avait vu la recourante en 2000 pour un avis médical thérapeutique.
47. Le 29 février 2008, la recourante a observé que si le Dr E_____ devait être écarté comme expert, il convenait d'en désigner un autre rapidement car sa situation financière était difficile et sa demande datait déjà de 2005.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; 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 demande de révision a été déposée le 21 juin 2005, de sorte que la LPGA s'applique au cas d'espèce.
3. Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la

procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 22 août 2007, qui a été confirmé par la décision du 27 septembre 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 15 octobre 2007.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité, et plus particulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la première décision de l'OCAI.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation.

Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. 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. 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).

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

9. a) 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

10. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (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 les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, 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. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. 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. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

11. Dans le cas d'espèce, l'avis du Dr C _____, entendu en audience le 3 décembre 2007, est clairement contraire à celui de l'expert K _____ concernant la capacité de travail de la recourante. De la même manière, le Dr I _____, psychiatre-traitant de la recourante entre le 5 novembre 2002 et le 2 mars 2004, a estimé la capacité de travail de sa patiente comme nulle durant toute cette période.

Il y a ainsi lieu d'éclaircir la question de la capacité de travail de la recourante, en particulier dès 2002, date à laquelle une incapacité de travail totale est attestée par les médecins-traitants.

12. a) L'intimé a récusé l'expert E _____ proposé par le Tribunal de céans. Il convient ainsi d'examiner si le motif de récusation est fondé.

b) La loi sur la procédure administrative (LPA) prévoit que lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou des experts et qu'un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts nommés, les causes de

récusation prévues à l'art. 15 al. 2 étant applicables (art. 38 al. 1 et 39, par renvoi de l'art. 76 LPA).

Selon l'art. 15 al. 2 LPA, *"les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :*

- a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire;*
- b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au quatrième degré inclusivement, en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, adoption ou par des liens nourriciers;*
- c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire;*
- d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité".*

En matière de récusation, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs qui sont énoncés dans la loi sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (cf. à ce sujet arrêt D. du 30 novembre 1999, 1P.553/1999; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 1^{er} juin 2006, I 740/04; arrêt du Tribunal fédéral du 12 février 2007 I 88/06; ATF 132 V 93).

c) En l'espèce, l'intimé invoque le fait que Dr E _____ ne saurait être neutre puisqu'il a vu la recourante dans le cadre d'un avis médical thérapeutique. Ce faisant, l'intimé estime qu'il existe des circonstances de nature à faire suspecter la partialité de l'expert, au sens de l'art. 15 al. 2 let. d) LPA.

A cet égard, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 sv. consid. 3b/ee p. 353, 123 V 175 consid. 3d p. 176 et l'arrêt cité; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références). Le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure

d'instruction ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 832/04 du 3 février 2006, consid. 2.3.1 et I 29/04 du 17 août 2004, consid. 2.2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral du 12 février 2007, I 88/06). En l'espèce, le Dr E_____ n'est pas le médecin-traitant de la recourante, mais a été sollicité à une reprise par le Dr C_____ afin de donner un avis psychiatrique. Le Dr E_____ a examiné la recourante les 31 mars et 17 avril 2000 et a rendu un unique rapport le 17 avril 2000. Il a conclu à une "invalidité de 50 %". Il s'est ensuite estimé incompetent pour remplir le rapport médical AI, n'ayant vu la recourante qu'à deux reprises, selon un courrier transmis à l'OCAI le 17 avril 2000. Après avoir pris connaissance du rapport du Dr E_____ du 17 avril 2000, le médecin-conseil de l'AI a rendu une appréciation du 19 octobre 2000, suivant celle du Dr E_____. Enfin, l'intimé, se basant sur cet avis, a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2000.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de considérer qu'il existe des circonstances de nature à faire suspecter la partialité de l'expert, dont l'avis a, de surcroît, été considéré comme pertinent en 2000 par l'intimé.

Par ailleurs, le Tribunal de céans considère que le choix du Dr E_____ est judicieux dès lors qu'ayant examiné la recourante en 2000, il pourra évaluer en toute connaissance de cause si son état de santé s'est ou non péjoré depuis, condition qu'il convient d'instruire dans le cadre du recours contre la décision de refus d'augmentation de la rente de l'OCAI.

13. Cette expertise sera en conséquence confiée au Dr E_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préalablement :

2. Rejette la demande de récusation de l'expert E_____.

Préparatoirement

3. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr E_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme N_____, en particulier les C_____, M_____ et I_____.
 - c. Examiner Mme N_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quel est le status détaillé ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme N_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ?
 - h. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ?

Depuis quelle date est-il présent chez Mme N_____ ?

Quel traitement est-il indiqué ? Mme N_____ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie ?

i. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui :

1) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de Mme N_____ ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ?

2) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ?

Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure, 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ?

j. En particulier, constatez-vous une aggravation de l'état de santé de Mme Gabriella N_____ depuis votre avis médical du 17 avril 2000 ? Si oui, de quelle manière, depuis quelle date et cette aggravation a-t-elle une incidence sur la capacité de travail de Mme N_____ ? Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr K_____, en particulier avec la conclusion d'une capacité de travail de 100 % avec un rendement de 50 % ? Si non, pourquoi ?

k. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

l. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 27 septembre 2007 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

4. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

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); 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 :

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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