

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2477/2010

ATAS/979/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 29 septembre 2010

En la cause

Madame L. _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître REY Stéphane

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme L_____, née en 1960 et originaire du Portugal, est arrivée en Suisse en 1983 et y a travaillé comme femme de chambre. Suite à des absences pour raison de maladie, elle a été licenciée de son dernier emploi pour le 30 juin 2002.
2. Par demande reçue le 12 décembre 2002, elle requiert des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI du canton de Vaud, étant domiciliée à l'époque à Lausanne. Dans le cadre de cette demande, elle fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale à Genève. Dans leur rapport du 16 novembre 2004, les experts diagnostiquent, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et des lombalgies chroniques. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent des douleurs abdominales chroniques, un status post-cônisation du colon en 2001 avec lymphadénectomie et radiothérapie, suivies de rectite et cystite post-actinique et d'une probable fibrose post-actinique du petit bassin, des migraines et un status variqueux. Dans le status psychiatrique, il y est notamment noté que la concentration et l'attention de l'assurée sont réduites. L'état dépressif récurrent se manifeste également par un manque d'énergie, une dévalorisation, un manque d'entrain, une passivité, une angoisse peu maîtrisée devant une récurrence du cancer, des troubles de l'endormissement avec des réveils nocturnes répondant peu aux somnifères et un désir passif de la mort avec parfois envie de passage à l'acte. L'assurée présente par ailleurs des douleurs multiples persistantes avec un sentiment de fatigue et d'épuisement. Elle a des difficultés importantes à assumer l'entretien de son ménage et se sent irritable. Elle a souffert depuis 1982 de trois épisodes dépressifs distincts et de périodes de normalisation thymique, avec ou sans traitement médicamenteux. L'épisode actuel est survenu à la suite de la découverte et du traitement d'un cancer. Elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur. Les experts préconisent d'intensifier ces deux thérapeutiques, afin d'améliorer le tableau clinique et la capacité de travail. Toutefois, le pronostic est mauvais en raison de la longue durée de l'épisode dépressif actuel. Sur le plan somatique, les experts mentionnent que l'assurée souffre de douleurs abdominales prédominantes lors de l'effort et quelques fois accompagnées de rectorragies. Ces douleurs "peuvent être bien comprises médicalement par la présence initiale du cancer, puis par les effets secondaires de la radiothérapie, notamment la fibrose du petit bassin et l'inflammation chronique du rectum et de la vessie". Elles devraient toutefois, ainsi que les rectorragies s'estomper avec le temps. Quant aux lombalgies, elles se sont nettement aggravées depuis l'opération. L'absence totale d'activité a provoqué un déconditionnement et une prise de poids de 15 kg qui constituent certainement des facteurs aggravant pour les lombalgies. L'assurée montre cependant une souplesse et une mobilité conservées et il n'y a pas de limitation fonctionnelle du dos. La discrète discopathie L5-S1 a peu de répercussion clinique. Les experts admettent

qu'il existe pour les lombalgies et les douleurs abdominales des facteurs déclenchant. Toutefois, il y a une divergence importante entre ces facteurs et l'étendue ou l'importance subjective de ces douleurs. Ils expliquent ces différences par la présence d'un état dépressif et l'angoisse de souffrir d'une récurrence du cancer. Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont dues, sur le plan somatique, principalement aux lombalgies et aux douleurs abdominales, ainsi qu'à la difficulté de maîtriser ses sphincters (besoin instantané d'aller uriner ou à selle avec le danger d'échappement précoce incontrôlé). Une toilette devrait dès lors se trouver à proximité. Sur le plan psychique et mental, les limitations découlent d'un manque d'entrain, d'une passivité, d'un manque d'énergie et d'une irritabilité augmentée. L'activité de femme de chambre est lourde physiquement et occasionne des douleurs lombaires et abdominales. Dans une activité où l'assurée ne doit ni planifier, ni organiser elle-même son travail, les limitations en raison de la dépression sont peu importantes. Elles diminuent légèrement le rendement. Le travail ne devrait pas nécessiter le contact direct avec une clientèle qui engendrerait un stress et exigerait la prise d'initiative propre aux décisions. L'activité exercée jusqu'ici est exigible environ cinq heures par jour. L'incapacité de travail est totale depuis le 4 mars 2001, date du diagnostic du cancer et du début du traitement. Depuis environ mi-2002, l'expertisée a récupéré une capacité de travail résiduelle. . L'activité adaptée devrait être légère, debout ou assise, sans besoin de se pencher en avant de façon répétitive, avec un port de charge limité à 7-8kg et avec des toilettes à proximité. Elle pourrait l'exercer à plein temps avec une diminution de rendement de 25 %. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, les experts constatent que l'assurée a la faculté de s'habituer à un rythme de travail et de s'intégrer dans un tissu social. En raison de l'état dépressif, elle ne serait pas apte à apprendre une activité nécessitant l'apprentissage d'un bagage théorique

3. Le 15 mai 2006, une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée est réalisée. La conclusion du Dr A_____ est la suivante :

"Canal lombaire constitutionnel étroit.

Protrusion discale en L3-L4, L4-L5 et L5-S1; cette dernière est en contact discret avec les racines S1 mais sans tuméfaction ni refoulement.

Arthrose interapophysaire postérieure avec épaissement des ligaments jaunes L3-L4 et L4-L5 appuyant discrètement sur la partie latérale du fourreau dural.

Pas de tassement vertébral ni lésion lytique au niveau du rachis lombaire.

Discrète scoliose lombaire à convexité gauche.

Lésions dégénératives à la hauteur des articulations sacro-iliaques."

4. Selon le courrier du 24 mai 2006 du Dr B_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, au Dr C_____, le seul traitement possible des douleurs lombaires consiste à perdre du poids et à faire des exercices quotidiens appropriés. Par ailleurs, il ne pense pas que le problème lombaire soit la cause de l'arrêt de travail, et la décision de l'assurance-invalidité lui semble juste.
5. Le 2 mars 2007, un examen radiologique met notamment en évidence un trouble dégénératif sur fond d'une cervicarthrose de C5-C6, ainsi qu'une uncarthrose de C4-C5, C6 et, de façon plus modérée, de C7. La conclusion du rapport y relatif est "Trouble statique et dégénératif de la colonne cervicale".
6. Dans son courrier du 14 novembre 2008 au Dr C_____, le Dr B_____ mentionne que l'assurée est venue le consulter pour une sciatalgie droite irradiant à la face externe du membre inférieur jusqu'au hallux, présente depuis trois mois. Ces douleurs sont associées à des douleurs plus diffuses (probable fibromyalgie). Elles sont constantes. Sur la base de son examen clinique, ce médecin constate que la patiente souffre d'une lombosciatalgie droite de type L5, mais sans aucun signe radiculaire ni déficit neurologique. Des douleurs du muscle moyen fessier droit pourraient expliquer tout ou une partie de la symptomatologie. Le Dr B_____ a effectué une infiltration para-trochantérienne de la hanche droite et prescrit une physiothérapie.
7. Selon le rapport médical du Dr C_____ du 3 décembre 2008, l'assurée souffre d'une dépression nerveuse chronique, d'une anxiété généralisée, d'un trouble somatoforme douloureux, d'une lombalgie sur canal lombaire étroit, d'une lombalgie sur protrusion discale étagée, d'une cervicalgie sur trouble statique et dégénératif, d'une discarthrose C5-C6, d'une fibromyalgie et de céphalées. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Des mesures de réadaptation professionnelle sont possibles. Les restrictions sont par ailleurs surtout psychiques. D'un point de vue psychiatrique, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.
8. Selon le rapport du 16 janvier 2009 du Dr D_____, psychiatre, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble douloureux somatoforme persistant. Il suit la patiente depuis le 30 juin 2003. Sa capacité de travail est nulle depuis le 18 février 2002 à ce jour. Dans les restrictions, il cite un ralentissement psychomoteur, une thymie abaissée, un trouble de l'attention et de la mémoire, ainsi qu'une fatigabilité importante. Il l'a par ailleurs traitée successivement avec plusieurs antidépresseurs. En plus de ceux-ci, elle prend des benzodiazépines et des somnifères. Néanmoins, il n'y a pas eu une évolution positive et l'assurée est toujours très plaintive et présente un manque

d'énergie important. Ce médecin mentionne également des difficultés dans les rapports avec les autres.

9. Après que l'assurée ait formé opposition contre la décision de refus de prestations du 30 juin 2005 de l'Office AI du canton de Vaud, celui-ci admet partiellement son opposition et lui octroie, par décision du 21 janvier 2009, une rente d'invalidité entière du 1^{er} mars au 30 septembre 2002. Il admet par ailleurs qu'elle peut travailler dans une activité adaptée à 75 %. En comparant le salaire avec et sans invalidité, tout en opérant un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, ledit office constate que la perte de gain n'est que de 17 %. L'assurée ne recourt pas contre cette décision, de sorte que celle-ci entre en force.
10. Par demande reçue le 3 juin 2009, l'assurée requiert à nouveau des prestations d'assurance-invalidité en vue de l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle et/ou une rente.
11. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2009, le Dr C_____ reprend les diagnostics de son précédent rapport et y ajoute celui de lombosciatalgie droite depuis 2009. Il indique à cet égard ce qui suit:

"Depuis janvier 2009, elle s'est présentée en urgence à ma consultation à plusieurs reprises avec le dos bloqué et une importante lombosciatalgie droite. Des injections intramusculaires de voltaren, tramal et corticostéroïdes ont été bénéfiques."

Pour le surplus, son rapport est identique au précédent.

12. Le 2 juillet 2009, le Dr D_____ fait un rapport identique à celui du 16 janvier 2009.
13. Selon le rapport du 17 juillet 2009 du Dr E_____, l'assurée est limitée en raison de douleurs abdominales chroniques l'empêchant d'exercer une activité professionnelle, ainsi que d'un état anxio-dépressif. L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible et le rendement est réduit, la patiente étant très gênée par les douleurs et incapable de se concentrer sur une tâche. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas possibles et le pronostic est mauvais.
14. Le 17 novembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assurée que des mesures de réadaptation ne sont actuellement pas indiquées.
15. Dans son avis médical du 12 avril 2010, la Dresse F_____ du Service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après: SMR), constate que la situation est superposable à celle qui prévalait lors de la décision sur opposition du 21 janvier 2009.

16. Le 29 avril 2010, l'OAI communique à l'assurée un projet de décision, par laquelle il refuse l'octroi de prestations, au motif que son état de santé ne s'est pas aggravé.
17. Le 25 mai 2010, l'assurée s'oppose à ce projet. Elle allègue que, selon les affirmations de l'OAI, son état de santé s'est amélioré à partir de juillet 2002, alors que, après une reprise de travail de très courte durée, son incapacité était à nouveau totale, selon les rapports médicaux que ledit office n'a cependant pas pris en compte.
18. Par décision du 14 juin 2010, l'OAI confirme son projet de décision précité.
19. Par acte du 14 juillet 2010, l'assurée interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, elle conclut à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée. Elle conteste l'absence d'aggravation de son état de santé et relève qu'elle présente maintenant également un trouble somatoforme douloureux persistant. Les limitations y relatives n'ont pas été prises en compte par le SMR. Elle estime également que les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant à ce trouble sont remplis. Par ailleurs, elle fait grief à l'intimé d'avoir violé le droit d'être entendu, en ce qu'il n'a pas pris en compte ses plaintes et douleurs, le trouble somatoforme douloureux, les limitations fonctionnelles en résultant, le fait qu'elle ne travaille plus depuis 2002 et qu'elle a manifestement une perte d'intégration sociale. De l'avis de la recourante, l'intimé aurait dû ordonner un stage d'observation. Elle reproche également au SMR de ne pas s'être fondé sur des examens complets.
20. Dans sa détermination du 10 août 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève qu'il est manifeste que les médecins traitants ne font pas état d'une aggravation de l'état de santé depuis la décision sur opposition du 21 janvier 2009. Ainsi, le Dr D_____ indique dans son rapport du 2 juillet 2009 que l'incapacité de travail et les limitations sont identiques depuis 2002. Le trouble somatoforme douloureux et l'épisode dépressif moyen sont présents depuis 2001-2002. Le Dr C_____ reprend les diagnostics posés dans ses rapports antérieurs, notamment celui du 3 décembre 2008. Quant au Dr E_____, il mentionne que ses conclusions sont valables à compter de 2001. La situation médicale de la recourante étant restée identique, l'intimé s'oppose à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée.
21. 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 21 janvier 2009, au point de lui ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : 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 (RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps). A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a récemment précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5).

5. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Il y a lieu de préciser que selon la

jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008 (art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 consid. 4 et les références).

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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss ; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

8. En l'espèce, il sied de constater que le rapport du Dr D _____ du 2 juillet 2009 est identique à celui qu'il a rendu le 16 janvier 2009. En effet, les diagnostics sont les mêmes et l'incapacité de travail était déjà totale dans son précédent rapport depuis le 18 février 2002.

Par ailleurs, le Dr C _____ n'a pas non plus fait état d'une aggravation de l'état de santé, dans son rapport du 1^{er} juillet 2009. Certes, il a ajouté aux diagnostics émis précédemment une lombosciatalgie droite, tout en indiquant que la recourante s'est présentée en urgence à sa consultation depuis janvier 2009 à plusieurs reprises avec le dos bloqué et une importante lombosciatalgie droite. Toutefois, il est à relever que cette atteinte n'est pas nouvelle. En effet, déjà en novembre 2008, la recourante avait consulté le Dr B _____ pour une sciatalgie droite, comme il ressort du courrier de ce médecin du 14 novembre 2008 au Dr C _____. Quant au Dr E _____, il sied également de constater qu'il ne mentionne pas une aggravation de l'état de santé.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, qui serait nouveau selon la recourante, il ne figure certes pas comme diagnostic séparé dans le rapport d'expertise du 16 novembre 2004 du Centre d'expertise médicale. Il y est toutefois déjà mentionné que la recourante présente un trouble dépressif récurrent avec symptôme somatique. En outre, les Drs D _____ et C _____ ont émis le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant dans leurs rapports du 16 janvier 2009, respectivement du 3 décembre 2008.

Il appert par ailleurs que, si effectivement la recourante a présenté depuis janvier 2009 à plusieurs reprises un dos bloqué et une importante lombosciatalgie droite, des injections intramusculaires lui ont été bénéfiques. Cette aggravation était ainsi, le cas échéant, seulement passagère.

Cela étant, même si l'appréciation de la capacité de travail lors de la première décision du 21 janvier 2009 peut paraître discutable, compte tenu de l'important état dépressif de la recourante, il résulte de ce qui précède que son état de santé ne s'est pas aggravé depuis cette décision. Elle aurait donc dû recourir contre celle-ci, si elle n'était pas d'accord avec le refus d'une rente illimitée dans le temps. Ayant omis de le faire, seule une reconsidération de cette décision pourrait entrer en ligne de compte. Cependant, l'assurée n'y a aucun droit. En cas de découverte d'un fait nouveau, ne consistant pas seulement en une nouvelle appréciation de l'état de santé resté essentiellement le même (on pourrait éventuellement songer à un examen neuro-psychologique ou une observation professionnelle aux HUG, qui pourraient être mis en œuvre par l'Hospice général), une révision procédurale serait également envisageable.

En l'absence d'une aggravation, les conditions légales pour une révision matérielle de la décision initiale au sens de l'art. 17 LPGA ne sont cependant pas remplies.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
10. Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Condamne la recourante à un émolument de justice de 200 fr.
4. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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