

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/294/2008

ATAS/948/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 16 septembre 2010

En la cause

Madame L. _____, domiciliée à VESENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Président; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame à L_____ (ci-après : la recourante) a été victime d'un accident de la circulation routière le 24 novembre 2003, alors qu'elle était enceinte. Atteinte dans sa santé, elle a repris son travail de secrétaire à 60%, jusqu'au mois de septembre 2007. Dès lors, et jusqu'au mois de septembre 2008, elle a travaillé à 40 %.
2. Le 21 avril 2006, la recourante a déposé une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'Assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Cette demande était motivée par une fracture du rocher et de l'écaille temporale, par un traumatisme crânien et par une anosmie.
3. Il s'en est suivi une décision de l'OAI du 24 avril 2007 reconnaissant à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005. Cette décision prenait en compte une capacité de travail nulle du 24 novembre 2003 au 28 février 2004 et une capacité de travail de 60% dans toute activité, de sorte que la capacité de travail se confondait avec la capacité de gain, dès le 1^{er} mars 2004. La rente n'était toutefois octroyée que dès le 1^{er} mai 2005, conformément à l'article 48 alinéa 2 LAI, car la demande était tardive.

Médicalement, la décision de l'OAI se fonde sur une expertise du Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) du 17 janvier 2006 pour le compte de l'assureur LAA (avis du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) du 28 novembre 2006).

4. Selon l'expertise du CEMed susmentionnée, les diagnostics retenus étaient les suivants : Status après polytraumatisme du 24 novembre 2003 ayant entraîné un TCC avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, une fracture du rocher et de l'écaille temporale gauches, une anosmie, une cupulolithiase gauche et une atteinte de l'ATM gauche ; Syndrome post-commotionnel et post-contusionnel modéré persistant ; Probable vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique persistant (malgré la normalité du bilan otoneurovestibulaire détaillée) ; et Dysthymie.

L'évolution des troubles était à considérer comme globalement favorable, avec toutefois la persistance d'un syndrome post-commotionnel modéré, quelques cervico-scapulalgies post-traumatiques et quelques vertiges positionnels.

Une anosmie très certainement définitive était objectivée. En revanche il n'y avait pas d'autre anomalie significative du status neurologique, ni d'anomalie significative à l'examen otoneurovestibulaire. Sur le plan psychique, la recourante souffrait d'une dysthymie, mais pas de stress post-traumatique.

Au vu de la gravité des atteintes initiales et de la présence d'une contusion hémorragique frontale droite le CEMed attestait d'une incapacité de travail de 40%, pour une période de 5 ans dès l'accident.

Cette expertise a été signée par le Dr A_____, neurologue FMH, le Dr B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, le Dr C_____, neuropsychologue FSP, et le Dr D_____, oto-rhino-laryngologue FMH.

5. Le 4 septembre 2007, la recourante a demandé à l'OAI la reconsidération de son taux d'invalidité, en raison d'une aggravation de son état de santé.
6. Elle adressa par la suite à l'OAI un avis du Dr E_____, médecin traitant, du 1^{er} octobre 2007. Sans expliquer quelle serait l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, ce médecin indiquait que la reprise du travail à 60% dès l'année 2004 n'avait pu se poursuivre au delà du mois de septembre 2007, sa capacité de travail étant trop fortement atteinte pour que la recourante puisse continuer. La capacité de travail était évaluée de manière non expliquée à 40% en lieu et place de 60%, cet état de fait semblant définitif.
7. Dans un avis du 16 octobre 2007 signé par une personne dont le nom n'est pas déchiffrable, le SMR considéra que le Dr E_____ n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux, objectifs et étayés. La capacité de travail restait ainsi de 60% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le SMR mentionnait que dans un rapport du 17 mai 2006, le Dr E_____ attestait déjà d'une capacité de travail de 40%, ce que le dossier de l'OAI confirme. En outre, lors de l'expertise du 17 janvier 2006 la recourante se plaignait de brachialgies gauches qui n'avaient pu être objectivées et désormais elle se plaignait de brachialgies droites.

8. Par projet de décision du 12 novembre 2007, l'OAI refusa d'entrer en matière sur la demande de révision de la recourante, compte tenu de l'avis du SMR.
9. La recourante s'opposa à ce projet de décision le 14 décembre 2007, indiquant que sa capacité de travail et de gain s'était aggravée dans une mesure propre à modifier son droit à la rente.
10. Le même jour, l'assureur LAA adressa à l'OAI des avis médicaux du Dr E_____ des 15 novembre et 3 décembre 2007. L'on n'y discerne aucune mention d'aggravation de l'état de santé de la recourante suite à la décision de l'OAI du 24 avril 2007. Le Dr E_____ indique que « plus tardivement » que l'accident sont apparues des douleurs au bras droit, à la nuque, à la mâchoire et à l'oreille du même côté. Il en résultait une capacité de travail de 40% dès l'automne 2007.

11. Considérant que l'opposition de la recourante ne contenait aucun élément nouveau, l'OAI, par décision du 18 décembre 2007 maintint son refus d'entrer en matière sur la demande de révision présentée par la recourante.
12. La recourante contesta cette décision par acte du 31 janvier 2008 adressé au Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision de l'OAI du 18 décembre 2007 et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2007, sous suite de dépens. Ces conclusions étaient fondées sur les avis du Dr E _____ et du Dr F _____, dont une expertise du 14 janvier 2008 était produite.
13. Selon cette expertise, la capacité de gain avait été estimée à 60% de façon empirique, au début de la phase post-accidentelle. Il était toutefois apparu au fil des mois et des années que la recourante avait par moment des difficultés à suivre ce rythme, en raison d'une fatigabilité et d'une efficacité moindre, ce qui pouvait la mettre dans une situation d'échec et lui faisait atteindre un état d'épuisement.

Puisqu'elle avait tout de même supporté la situation pendant plusieurs années, la proposition du Dr E _____ quant à une capacité résiduelle de travail de 40% était trop basse. Compte tenu des phénomènes d'adaptation, d'accoutumance et de la mise en place de mécanisme de défense, d'une part, et du fait que tous les moyens thérapeutiques n'avaient peut-être pas été exploités de façon optimale, d'autre part, une capacité de travail de 50% semblait appropriée. La recourante pouvait travailler cinq demi-journées avec un taux de rendement de 80%, en raison de la fatigabilité.

A la question spécifique relative à une péjoration de l'incapacité de travail depuis le mois d'avril 2007, respectivement depuis 2004, le Dr F _____ a répondu :
« Question difficile, mon interprétation personnelle serait celle de fluctuations dans l'état de la patiente et dans la charge de travail, pouvant donner l'impression d'altérations de la situation, altérations qui, compte tenu de la description antérieure, ne sont pas objectivables actuellement ».

14. Par acte du 8 avril 2008, l'OAI proposa le rejet du recours. Se fondant sur un avis du SMR signé par la Dresse H _____ du 17 mars 2008, l'OAI critiquait la qualité de l'expertise du Dr F _____ et sa valeur probante. En substance, le SMR considérait que les conclusions du Dr F _____ n'étaient pas expliquées, qu'elles étaient contradictoires et que l'expertise accordait une part trop importante aux éléments anamnestiques. Enfin, pour l'OAI, l'avis du Dr F _____ consistait dans une appréciation différente d'un même état de fait.
15. Sur invitation du Tribunal, la recourante répliqua le 30 mai 2008. Se fondant sur l'avis du Dr F _____ du 14 janvier 2008 et un complément d'expertise de ce même médecin du 22 mai 2008, elle persista dans ses conclusions.

Selon le complément d'expertise précité, il était normal qu'une part très importante du diagnostic provienne de l'anamnèse. Les critiques de la Dresse H_____ n'étaient pas fondées. Au contraire, ce serait l'avis du SMR qui comporterait des contre-vérités, notamment lorsqu'il indique que la recourante avait pu travailler près de 4 ans à 60% sans aucun problème. L'élément d'aggravation serait, en plus des migraines, un état d'épuisement se rapprochant d'un « burn-out ».

16. L'OAI dupliqua le 10 juillet 2008, persistant dans sa précédente position, se fondant sur un avis du SMR du 30 juin 2008. Selon ledit avis, signé par la Dresse H_____, une expertise du CEMed du 19 mars 2008, transmise par l'assureur LAA, confirmait les précédentes conclusions du SMR. Par ailleurs, il pouvait être fait une grande place à l'anamnèse correspondant aux plaintes du patient selon les pathologies, mais lorsque les plaintes subjectives sont prépondérantes, il convient de les corrélérer avec des observations cliniques.

L'expertise du CEMed du 19 mars 2008 est signée par le Dr I_____ indique notamment :

« Malgré l'évolution objectivement favorable des troubles, les plaintes essentielles formulées par [la recourante] sont actuellement la persistance de cervicocéphalalgies se compliquant de brachialgies gauches qu'elle considère comme l'élément limitatif essentiel de sa capacité de travail. L'anosmie persiste mais ne paraît pas handicapante dans l'activité professionnelle. De même les troubles visuels de l'œil droit persistent mais sont peu gênant dans la situation de tous les jours. Les douleurs temporo-mandibulaires gauches paraissent modérées et n'ont pas de traduction clinique objective. Les acouphènes ont disparu. Il persiste quelques troubles de la mémoire et de la concentration.

Au terme du présent bilan, la relecture du dossier, l'anamnèse intermédiaire, le résultat de l'examen clinique et la relecture de l'IRM cérébrale pratiquée le 7 décembre 2007 n'apportent aucun élément susceptible de nous faire reconsidérer le diagnostic posé préalablement lors de l'expertise de 2005. Il n'y a par ailleurs aucun élément permettant d'objectiver une aggravation des atteintes secondaire à l'accident de 2003 ou une atteinte ultérieure à la santé depuis la précédente expertise.

[...]

Sur le plan de la capacité de travail, je pense qu'une capacité de travail de 60 % au moins est exigible de la part de [la recourante]. Il n'y a en effet aucun élément pertinent permettant de penser qu'une dégradation significative de la capacité de travail est intervenue depuis la précédente expertise ; en effet, la patiente ne signale pas d'aggravation nette des plaintes et il n'y a pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation. En l'état actuel des choses, on retiendra que persiste une incapacité de travail de 40 % dans l'activité exercée

préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible de la part de [la recourante]. J'estime que la reconnaissance d'une incapacité de travail de 40% en conséquence de l'évènement accidentel est particulièrement « généreuse » compte tenu de la discrétion des anomalies objectives mises en évidence au présent bilan et de l'absence d'anomalies significatives objectivées sur le plan otoneurologique et neuropsychologique lors de l'examen préalable [...] »

17. Entendu le 6 novembre 2008 par le Tribunal, le Dr F_____ a confirmé son expertise su 14 janvier 2008. Il a expliqué que la capacité de travail de 60% avait été définie de manière empirique, la recourante ayant espéré une amélioration qui n'avait pas eu lieu. Il en résultait une situation d'épuisement. Les douleurs de la recourante étaient toujours présentes et s'étaient légèrement accentuées. Lors de l'examen clinique effectué en vue de l'expertise du 14 janvier 2008, aucune péjoration de la situation de santé de la recourante n'avait été objectivée. Au contraire, la situation s'était même légèrement améliorée depuis l'époque de l'accident. Depuis lors, il ne paraissait pas possible d'objectiver ou de chiffrer une évolution.
18. Les parties furent entendues le même jour en comparution personnelle. La recourante a indiqué faire face à une recrudescence de migraines liées à de la tension professionnelle et subir un effondrement complet, car elle ne pouvait plus assumer sa vie familiale et sociale en dehors de son activité professionnelle lorsqu'elle travaille à 60 %. La recourante a également mentionné une aggravation de sa santé psychique postérieure à sa demande de révision et indiqué qu'un spécialiste serait consulté prochainement à ce sujet.
19. Le 17 novembre 2008, la recourante adressa au Tribunal un complément d'expertise du Dr F_____ du 30 mai 2008 ne comportant pas d'élément pertinent nouveau.
20. Dans le délai fixé aux parties pour leurs observations, la recourante adressa au Tribunal un rapport d'expertise de la Dresse J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 16 décembre 2008. Elle concluait, se fondant sur cette expertise et compte tenu des troubles somatiques à une incapacité de travail de 60% ouvrant le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité, dès le 1^{er} septembre 2007.
21. Dans son expertise précitée, la Dresse J_____ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et conclu à une capacité de travail de 40 %, compte tenu d'une aggravation, dès le mois d'avril 2007.

La recourante avait tenté de travailler à 60% mais ses capacités d'adaptations avaient progressivement été dépassées, de sorte qu'elle avait connu un état d'épuisement à partir de septembre 2007, époque de l'accueil d'un enfant difficile de 11 mois dans la famille.

Selon la Dresse J _____, au-delà d'un taux de capacité de travail de 40%, un cercle vicieux de surcharge provoquant la fatigue et les migraines risque fortement de se réinstaller.

Un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur étaient à mettre en place. Le pronostic était peu favorable, même si certains éléments étaient susceptibles de contribuer à une amélioration.

22. Dans ses observations, l'OAI fit valoir que le résultat des enquêtes confirmait l'absence d'élément objectif permettant de conclure à l'aggravation de l'état de santé de la recourante. L'expertise psychiatrique extrajudiciaire de la Dresse J _____ du 16 décembre 2008 était critiquée pour différents motifs et n'avait pas été soumise à l'administration des preuves lors de l'instruction. L'OAI se fondait sur deux avis du SMR des 10 février et 9 mars 2009 signés par la Dresse H _____. Il persistait dans ses précédentes conclusions.
23. Par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 30 avril 2009, le recours fut déclaré recevable mais rejeté. Cette décision était fondée sur l'expertise du CEMed du 19 mars 2008, mais ne tenait pas compte du rapport d'expertise de la Dresse J _____ du 16 décembre 2008.
24. Cet arrêt fut toutefois annulé par arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} mars 2010, considérant que le droit d'être entendu de la recourante avait été violé, dès lors qu'il convenait de tenir compte de l'avis précité de la Dresse J _____.
25. L'instruction de la cause fut ainsi reprise et la Dresse J _____ fut entendue le 10 juin 2010.

La Dresse J _____ confirma son rapport d'expertise du 16 décembre 2008. Elle expliqua notamment que son diagnostic reposait sur les critères du CIM-10, soit l'anamnèse et le status. L'échelle de HAMILTON avait été utilisée en complément, car elle permettait de quantifier les symptômes décrits par le patient et de dépister des symptômes comme, par exemple, ceux d'une dépression masquée. Sans faire usage de cette échelle, elle aurait posé le même diagnostic.

S'agissant de l'expertise du CEMed du 17 janvier 2006, elle contenait des contradictions, mais pas d'explication au sujet du diagnostic retenu et les critères de dépression selon le CIM-10 n'étaient pas discutés.

Elle releva qu'une des caractéristiques de la recourante était que l'on ne discerne pas son humeur dépressive au premier abord, en raison d'une attitude de défense. Il avait fallu approfondir les choses et notamment évoquer le suicide de la mère de la recourante, ce dont le CEMed ne faisait pas mention.

S'agissant de la capacité de travail, la recourante ne parvenait pas à tenir le rythme de 60% et avait connu un phénomène d'épuisement.

Au moment de l'expertise, la recourante ne prenait pas de traitement sur le plan psychiatrique, traitement qui devrait être tenté. Il n'était toutefois pas possible à la Dresse J_____ de se prononcer quant à une éventuelle amélioration par un traitement. La recourante avait une expérience favorable d'un précédent suivi psychothérapeutique, mais il y avait aussi des critères défavorables, notamment la chronicité des troubles et un éventuel lien des antidépresseurs avec le suicide de la mère de la recourante.

26. Lors de son audition qui eu lieu le même jour, la recourante expliqua n'avoir pas repris d'activité professionnelle également pour des raisons personnelles. Elle persista dans ses conclusions.

L'OAI demanda à pouvoir soumettre le dossier au SMR.

Des délais de procédure furent fixés dans ce sens.

27. Dans un avis du 23 juin 2010, la Dresse H_____ expliqua pour le SMR que l'avis de la Dresse J_____ était une appréciation différente d'un état de fait inchangé. Par ailleurs, cet avis était favorable à la recourante, car fondé sur des aspects subjectifs et sur l'échelle de HAMILTON.
28. Dans ses observations du 1^{er} juillet 2010, la recourante critiqua l'avis du SMR et releva que l'échelle de HAMILTON n'avait été utilisée par la Dresse J_____ qu'en complément des critères du CIM-10. Elle relevait que sur le fond, l'avis de la Dresse J_____ n'était pas discuté sur la base d'arguments médicaux.

Pour le surplus, le travail d'expertise de la Dresse J_____ était plus approfondi que celui du CEMed qui n'avait pas mentionné le suicide de la mère de la recourante.

La recourante persista ainsi dans ses précédentes conclusions.

29. La cause fut gardée à juger le 8 juillet 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale 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 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli du 31 janvier 2008, le recours contre la décision de l'OAI du 18 décembre 2007 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais prévu par l'article 38 al. 4 lit. c LPGA. Les autres conditions prévues par les articles 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le bien fondé de la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 18 décembre 2007. Il s'agit ainsi de déterminer si la recourante a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision de l'OAI du 24 avril 2007, respectivement l'avis du CEMed du 17 janvier 2006 sur lequel ladite décision est fondée.
5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, 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). A

cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid 1.2)

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une modification peu importante de l'état de fait déterminant peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent. La révision porte sur des circonstances liées spécifiquement à la personne de l'assuré (état de santé ou circonstances économiques). En revanche, une modification peu importante des données statistiques ne conduit pas à une révision de la rente d'invalidité, même si elle entraîne le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545)

6. S'agissant de la procédure applicable, l'art. 87 al. 3 RAI prescrit que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré.

Cette exigence 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 410 consid. 2b).

Ainsi, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

7. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. En l'espèce, il convient, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} mars 2010, de tenir également compte de l'avis de la Dresse J_____, psychiatre FMH.

Or, la prise en compte de cet avis conduit à considérer que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, a été rendue plausible.

En effet, la Dresse J_____ a effectué une expertise approfondie qui revêt une pleine valeur probante au regard des critères rappelés ci-dessus. Elle atteste d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), selon le CIM-10. Or, ce diagnostic représente une aggravation par rapport au diagnostic de dysthymie retenu sur la plan psychiatrique dans le cadre de l'expertise du CEMed du 17 janvier 2006.

L'OAI fait valoir quelques objections au sujet de la méthodologie de la Dresse J_____.

Au stade de la décision sur l'entrée en matière, il suffit toutefois à l'assuré de rendre plausible l'aggravation de son état de santé. L'expertise de la Dresse J_____ est suffisante de ce point de vue, sans qu'il n'y ait lieu d'entrer en matière sur la méthode utilisée par ce médecin.

Au demeurant, le Tribunal observe que la Dresse J_____ s'est expliquée à se sujet, indiquant avoir appliqué les critères du CIM-10, classification reconnue. Or, à aucun moment le SMR ne discute de la réalisation des critères retenus.

De surcroît, ni la Dresse H_____ du SMR, ni le Dr I_____ qui a procédé à l'expertise du 19 mars 2008 pour le CEMed ne sont psychiatre.

Quant à la capacité de travail sur le plan psychiatrique, la Dresse J_____ fait état d'une capacité de 40%, alors que celle retenue dans le cadre de l'octroi d'un quart de rente par décision du 24 avril 2007 était de 60%.

Il est ainsi rendu plausible une aggravation susceptible de modifier les droits de la recourante.

9. Le recours sera ainsi admis, la décision de refus d'entrer en matière du 18 décembre 2007 annulée, et la cause renvoyée à l'OAI, afin qu'il entre en matière sur la demande de révision de rente formée par la recourante.
10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'350 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.
11. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (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. L'admet.
3. Annule la décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE du 18 décembre 2007.
4. Retourne le dossier audit office afin qu'il entre en matière sur la demande de révision formée par la recourante.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'350 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Le président

Irène PONCET

Thierry STICHER

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