

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3841/2009

ATAS/995/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 4 octobre 2010

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame K_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969, mère de deux enfants nés en 1994 et en 2005, originaire du Maroc, entrée en Suisse en 1979, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée a exercé une activité d'aide-soignante auprès de X_____ depuis le 18 juillet 1996.
3. Le 11 juin 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de lombalgies chroniques et d'un état dépressif.
4. Le 24 juin 2002, la Dresse A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant d'une hernie discale L4-L5 déficitaire présente depuis mars 2002 et d'une dépression depuis l'été 2004 ainsi que d'une incapacité de travail depuis le 3 mars 2001. Elle suivait l'assurée depuis le 19 septembre 2001.
5. Le 22 juillet 2002, le Dr. B_____, chef de clinique de la division de rhumatologie des HUG a rempli un rapport médical AI dans lequel il pose les diagnostics de lombosciatique L5 gauche déficitaire sur hernie discale L4-L5 gauche et état dépressif sévère, entraînant une incapacité totale de travail depuis mars 2001. L'assurée avait été hospitalisée du 7 au 25 janvier 2002. Une solution chirurgicale devait être envisagée.
6. Le 12 septembre 2002, le Dr C_____, chef de clinique, service de neurochirurgie HUG-CHUV, a renoncé à proposer une discomotomie L4-L5.
7. Le 20 septembre 2002, la Dresse A_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire et que le pronostic était très réservé.
8. Le 6 décembre 2002, la consultation des troubles du sommeil des HUG a exclu un syndrome d'apnée du sommeil et fait état d'insomnie mixte depuis le divorce de l'assurée en 1996, de fatigue permanente associée à des douleurs continues, de polyurie nocturne et de somnolence diurne modérée.
9. Le 18 juillet 2003, le Dr. D_____ de la consultation-Servette des HUG a rempli un rapport médical AI dans lequel il pose le diagnostic de dysthymie F 34.1 existant depuis 1996. Le suivi s'était déroulé du 12 juin au 29 octobre 2002 (12 juin, 12 août, 20 septembre et 29 octobre). Il existait une diminution de rendement de 25%.
10. Le 15 décembre 2003, à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), l'assurée a indiqué que son état s'était aggravé, qu'elle se bloquait sans faire aucun effort particulier de sorte qu'elle avait dû faire des infiltrations.

11. Le 5 janvier 2004, la Dresse A_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et qu'il convenait d'effectuer un recyclage professionnel dans une activité assise/debout. Elle a précisé le 16 février 2004 qu'une activité à plein temps n'était pas possible en raison des lombosciatalgies récidivantes avec blocages fréquents et l'état dépressif chronique.
12. Un examen bidisciplinaire a eu lieu au SMR le 28 juin 2005. Dans leur rapport du 21 juillet 2005, les Dresse E_____ et F_____ ont conclu à une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis début 2002. Elles posent les diagnostics suivants :
 - avec répercussion sur la capacité de travail : lombosciatalgies G dans le cadre d'un trouble statique et de discopathies protrusives étagées, pus marquée L4-L5, avec discret déficit sensitif L5 G et dysbalances musculaires (M51.3)
 - sans répercussion sur la capacité de travail : genua valga avec gonarthrose bilatérale débutante, obésité morbide (BMI 38), cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre d'une dysbalance musculaire, pieds plats, status post-césarienne en 1994.

Sur le plan somatique, il fallait éviter une position statique prolongée debout, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux. La position assise-debout alternée était préférable avec la possibilité de se lever environ une fois par heure. Le port de charges était limité à 13 kilos occasionnellement. Elles soulignent encore qu'une grande partie des gênes et limitations subjectives sont dues à l'obésité et à l'inactivité.

13. Le 18 août 2005, le Dr G_____ du SMR a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 20 janvier 2002.
14. Le 27 octobre 2005, la fondation Foyer handicap a rempli le questionnaire AI pour l'employeur en mentionnant que l'assurée était sous contrat comme aide-soignante non qualifiée du 1^{er} juillet 1996 au 23 février 2003, que le dernier jour de travail était le 2 mars 2001, que le poste occupé était de 80% et que le salaire actuel de l'assurée serait de 3'966 fr. 20 à 80%.
15. Le 9 décembre 2005, l'OAI du canton du Jura, en charge du dossier, a calculé une degré d'invalidité de 25,07% en se basant sur l'ESS 2002, secteur production TA 1, niveau 4 et en admettant une déduction de 10 %.
16. Le 12 décembre 2005, l'OAI du canton du Jura a retourné le dossier à l'OAI du canton de Genève.

17. Le 16 juin 2006, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport suite à un entretien du 12 juin 2006 avec l'assurée proposant, d'une part, de renoncer à des mesures d'ordre professionnel, l'assurée ne s'estimant pas apte à reprendre une activité à plein temps et, d'autre part, d'effectuer une enquête ménagère, l'assurée ayant déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait continué de travailler à 80%.

Le degré d'invalidité était de 32,6% fondé sur l'ESS 2002, TA 1, niveau 4, pour un revenu d'invalidité à 80% avec une déduction de 15%.

18. Le 25 juillet 2006, l'OAI a mené une enquête économique sur le ménage, laquelle a conclu à un degré d'invalidité de 25%.

19. Par projet de décision du 18 septembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité total était de 31,08%, soit 26,08% dans l'activité lucrative (80% de 32,6%) et 5% dans le ménage (20% de 25%).

20. Par décision du 27 octobre 2006, l'OAI a confirmé son projet de décision.

21. Le 15 février 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle a transmis ensuite une IRM lombaire du 23 janvier 2003 concluant à "une discarthrose de L2 à L5 associée à des protrusions discales postérieures harmonieuses à ces mêmes niveaux, sans qu'il y ait de hernie discale intracanaulaire ou foraminale, pas de canal lombaire étroit, une arthrose inter-apophysaire postérieures prédominante au niveau L4-L5", des certificats médicaux d'incapacité de travail à 100% en janvier 2006 et depuis le 29 août 2006 signés par la Dresse A_____ ainsi qu'un avis de celle-ci du 22 mai 2007 indiquant que la situation ne s'était guère améliorée, avec des lombosciatalgies incapacitantes à 100% et qu'un recyclage professionnel à 50% pouvait être tenté.

22. Le 25 juin 2007, le Dr H_____ du SMR a déclaré qu'il n'y avait pas de faits objectifs nouveaux et proposé un refus d'entrée en matière.

23. Le 22 juin 2007, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était suivie depuis le 22 juin 2007 au CTB de la Servette suite à son hospitalisation aux urgences psychiatriques le 15 juin 2007.

24. Un résumé d'intervention CTB entre le 22 juin et le 13 juillet 2007 fait état d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel de dépression moyenne à caractéristiques mixtes.

25. Par projet de décision du 2 juillet 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée en relevant que l'état de santé était inchangé d'un point de vue somatique et que du point de vue psychique, il incombait à l'assurée de prouver l'aggravation en fournissant les observations de son psychiatre.

26. Par décision du 19 septembre 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée en relevant qu'aucun document mentionnant un diagnostic psychiatrique et le motif de l'hospitalisation ne lui était parvenu.
27. Un résumé d'intervention CTB entre le 15 octobre 2007 et le 11 janvier 2008 fait état le 1^{er} février 2008 d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen.
28. Le 20 février 2008, un résumé de séjour de l'assurée dans le service de psychiatrie adulte des HUG du 8 au 15 février 2008 a été établi faisant état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.
29. Le 5 mars 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.
30. Le 7 avril 2008, l'OAI a requis de l'assurée qu'elle fournisse dans un certain délai tout document prouvant une aggravation de son état de santé depuis le 19 septembre 2007.
31. Le 2 mai 2008, l'assurée a indiqué qu'elle avait à nouveau été hospitalisée et requis une prolongation de délai.
32. Le 6 juin 2008, le Dr I_____, médecin interne au service de psychiatrie adulte - Servette des HUG a attesté d'une incapacité totale de travail du 17 janvier au 30 juin 2008.
33. La Dresse A_____ a certifié d'une incapacité totale de travail en janvier, février, mars, mai, juin et août 2007.
34. Le 7 juillet 2008, la Dresse J_____ du SMR a rendu un avis médical constatant que l'aggravation de l'état de santé, au vu des documents fournis par l'assurée, n'était pas plausible, mais qu'il convenait encore de demander à celle-ci de fournir une lettre de la Dresse I_____.
35. Le 6 août 2008, l'assurée a indiqué à l'OAI que son médecin était en vacances et qu'elle lui transmettrait le 26 août 2008 la demande.
36. Par communication du 2 septembre 2008, l'OAI a refusé actuellement l'octroi de mesures de réadaptation à l'assurée.
37. Le 31 octobre 2008, la Dresse I_____ a rendu un rapport médical indiquant un suivi depuis le 17 janvier 2008 en raison d'un état dépressif sévère entraînant une incapacité totale de travail. Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel modéré à sévère, trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, probable trouble bipolaire de type III. Le pronostic était réservé, du fait de la chronicité du trouble, de la coexistence du trouble de la personnalité qui interférait beaucoup avec la réponse au traitement, ainsi que la comorbidité somatique qui limitait beaucoup la patiente dans ses activités.

38. Le 10 novembre 2008, la Dresse J _____ du SMR a estimé que l'instruction médicale devait être complétée.
39. Le 5 décembre 2008, le Dr M _____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, sans précision, existant depuis 2001 et indiqué un suivi du 18 juillet au 28 août 2007.
40. Le 19 décembre 2008, la Dresse I _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère et autres troubles affectifs bipolaires existant depuis 1996 ainsi qu'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, lequel n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Le suivi avait débuté le 17 janvier 2008. L'assurée avait été hospitalisée à la clinique de Belle-Idée du 8 au 15 février 2008. Elle suivait des entretiens psychothérapeutiques et un traitement pharmacologique mais la réponse thérapeutique n'était pas satisfaisante. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques entraînaient une difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, une baisse de l'élan vital avec fatigue, une susceptibilité avec forte intolérance à la frustration rendant les interactions interpersonnelles compliquées ainsi que des douleurs articulaires de sorte qu'elle n'arrivait pas à répondre aux exigences de son travail. Le rendement était réduit à 100%.
41. Le 24 février 2009, la Dresse J _____ du SMR a rendu un avis médical proposant une expertise psychiatrique.
42. A la demande de l'OAI, le Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 14 avril 2009 une expertise. L'assurée était suivie tous les 15 jours par la Dresse I _____ et le Dr O _____, médecin généraliste. Il a posé le diagnostic de dysthymie présent depuis 2002 lequel n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. La dépression chronique de l'humeur n'était pas assez sévère pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. La dysthymie était apparue en rapport avec un enchaînement d'événements stressants (divorce, accident de travail en 2001, perte de travail en 2003, maladie de son époux depuis 2007, décès de son père en 2002 et de sa mère en 2005, dégradation des relations avec ses frères). Entre juin 2007 et février 2008 un épisode dépressif moyen était vraisemblable. Elle ne présentait pas de trouble de personnalité mais une structure de personnalité avec une tendance au théâtralisme sans valeur pathologique ; elle s'était installée dans un rôle d'invalides. Elle était capable de travailler à 100% dans toute activité hormis une capacité réduite à 50% entre juin 2007 et février 2008.
43. Le 29 juin 2009, le Dr P _____ du SMR a rendu un avis médical concluant à une dysthymie et des lombosciatalgies gauches avec troubles statiques et

discopathies étagées permettant une activité adaptée à 100%. Du 1^{er} juin 2007 au 28 février 2008, la capacité de travail était de 50% .

44. Par projet de décision du 6 août 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'incapacité de travail de l'assurée n'avait pas duré une année.
45. Par décision du 25 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.
46. Le 27 octobre 2009, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Elle a complété son recours le 8 janvier 2010 en relevant que l'OAI n'avait pas fait une évaluation globale de son état de santé et qu'il aurait dû procéder à une expertise bidisciplinaire somatique et psychiatrique, laquelle devait être ordonnée par le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle prenait quotidiennement une dose importante d'antidouleurs.

47. Le 8 février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant qu'aucun élément ne permettait de penser qu'une aggravation de l'état de santé du point de vue somatique s'était produite de sorte qu'il n'avait pas été nécessaire de procéder à une instruction médicale complémentaire de ce point de vue et que l'expertise du Dr N_____ avait pleine valeur probante.
48. Le 19 avril 2010, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

"Actuellement je suis très malade depuis un mois, sous morphine en raison d'une arthrose avancée. Je passe mes journées à la maison sauf pour me rendre chez les médecins. J'ai des problèmes dans la partie gauche du corps, au genou, à la cheville, à l'épaule ainsi qu'au dos. Je me suis d'abord fait soigner par Médecins Urgence et j'ai reçu deux fois par semaine une injection de morphine. Actuellement je prends 35 mg chaque 12 heures. Je suis suivie par le Dr O_____ généraliste. Je prends également des médicaments antidouleurs. Je prends également un antidépresseur. Je n'arrive pas à assumer les tâches ménagères et je suis aidée par la FSASD. J'arrive uniquement à assumer de petites tâches. J'ai de l'aide deux fois par semaine et parfois trois. C'est mon époux qui s'occupe de mon enfant de quatre ans et demi. Il prépare également à manger. Je précise que j'ai des effets secondaires de la morphine (vomissements, besoin de dormir). Je ne peux pas rester longtemps debout ou assise. Je dois donc fréquemment changer de position. Je ne pense pas être capable de travailler, d'une part, en raison des douleurs et, d'autre part, en raison du fait que j'ai coupé tous contacts socialement, même parfois avec mes enfants. Il m'arrive de rester enfermée dans ma chambre. Durant l'expertise du

Dr N_____ j'ai beaucoup pleuré et je me rappelle avoir trouvé le temps très long. J'ai été hospitalisée une seule fois à Belle-Idée en février 2008. Actuellement la Dresse Q_____ souhaite que je sois hospitalisée à la Clinique de Montana et le Dr O_____ à Beau-Séjour. Pour l'instant je repousse cette solution en raison de mon fils aîné qui est en période d'examens et qui panique lorsque je suis hospitalisée. Personnellement je suis d'accord d'être à nouveau hospitalisée. Lors de mon hospitalisation à Belle-Idée j'ai été encouragée par un médecin, vu mon état à déposer une nouvelle demande de prestations à l'AI".

Elle a finalement requis une expertise bidisciplinaire.

49. A la demande du Tribunal de céans, le Dr O_____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, a attesté qu'il suivait la recourante depuis juin 2008 et posé les diagnostics de lombo-sciatalgies L5 gauche chronique avec un syndrome déficitaire sensitif et moteur discret, dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 gauche, de gonarthrose bilatérale prédominante à gauche avec chondropathie sévère, de fibromyalgie avec une tendinopathie diffuse, une obésité morbide (BMI 42 pour une norme de 20-25) liée à un trouble du comportement alimentaire de type compulsive et des épisodes de boulimie nocturnes avec indication opératoire pour un by-pass gastrique et d'un état dépressif sévère. La capacité de travail était nulle en raison des douleurs lombaires. Le pronostic était défavorable.
50. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse Q_____ du Service de psychiatrie adulte des HUG a attesté le 30 juillet 2010 qu'elle suivait la recourante depuis le 19 octobre 2009 et a posé les diagnostics de F34.1 dysthymie, F33.4 trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F61.0 trouble mixte de la personnalité (narcissique et émotionnellement labile). La patiente était totalement incapable de travailler depuis novembre 2009, antérieurement cette incapacité avait été attestée par le Dr I_____ depuis août 2008. Elle ne pouvait assurer un emploi au vu de la fatigabilité, de la labilité de l'humeur, de l'irritabilité et de sa très faible capacité d'adaptation au stress. De plus, les rapports aux figures d'autorité étaient source de conflits et de difficultés majeures. Ces éléments psychopathologiques la mettraient systématiquement en échec dans un cadre professionnel. Les comorbidités somatiques ne faisaient qu'accroître cette incapacité de travailler, par les limitations physiques qu'elles impliquaient et par la répercussion sur son fonctionnement psychique.
51. Le 23 août 2010, la Dresse P_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr O_____ mettait en évidence une aggravation plausible de l'état de santé du moins au point de vue de la gonarthrose bilatérale qui n'était pas présente lors de l'examen du SMR en 2005. Selon la Dresse R_____ il existait une incapacité de travail depuis novembre 2009 en raison des troubles mixtes de la personnalité, soit postérieurement à l'expertise du Dr N_____ de sorte que la

capacité de travail devait être réévaluée. En conséquence, une expertise rhumatologique et psychiatrique devait être ordonnée.

52. Le 6 septembre 2010, l'intimé a conclu à ce qu'une expertise bidisciplinaire soit ordonnée par le Tribunal de céans. Si un renvoi pour instruction complémentaire était décidé, aucun frais ne devrait être mis à sa charge, la décision étant justifiée au moment où elle avait été rendue.
53. Le 13 septembre 2010, la recourante a relevé que les troubles psychiatriques dont elle souffrait étaient invalidants et que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du Dr N_____ et a persisté dans les termes de son recours du 8 janvier 2010.
54. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) 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.

b) 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).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement à l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis le 19 septembre 2007. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elle seront prises en considération dans le présent litige, pour les faits postérieurs à leur entrée en vigueur.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI 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 6 août 2009, qui a été confirmé par la décision du 25 septembre 2009, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 octobre 2009.

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).

3. 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).

4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) 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.»

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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 (art. 7 LPGA) (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 (art. 6 LPGA) (let. b).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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).

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. 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).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

6. 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) Le juge cantonal dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige. S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre l'expertise. A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'il n'intervient que si la décision de renvoi

se trouve en contradiction avec des pièces évidentes et concordantes du dossier ou s'il manque des preuves pertinentes et suffisantes pour trancher le litige. Un renvoi à l'administration ne saurait en effet apparaître comme le prétexte à un refus de trancher le litige au fond sur la base du dossier constitué et conduire de ce fait à un déni de justice de la part de l'autorité (cf. RAMA 1999 n° U 342 p. 410, 1993 n° U 170 p. 136; ATF du 24 janvier 2006 I 695/04).

7. En l'espèce, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 5 mars 2008, à la suite de la décision du 19 septembre 2007, entrée en force, de l'intimé refusant d'entrer en matière sur sa demande de prestations précédente du 15 février 2007. Cette demande a été rejetée par décision du 25 septembre 2009.

L'instruction complémentaire menée par le Tribunal de céans a permis de démontrer qu'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était nécessaire, ce que les parties admettent au demeurant.

Par ailleurs, contrairement à l'avis du SMR du 23 août 2010, on ne saurait, du point de vue psychiatrique considérer, en l'état, qu'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante s'est produite uniquement postérieurement à l'expertise du Dr N_____ du 14 avril 2009. En effet, il ressort du dossier médical que postérieurement au 19 septembre 2007 et antérieurement à l'expertise précitée, le Dr I_____ a attesté d'une incapacité totale de travail (rapports des 6 juin 2008, 31 octobre 2008 et 19 décembre 2008), confirmée par la Dresse Q_____ (rapport du 30 juillet 2010) et le Dr M_____ d'un trouble dépressif récurrent (rapport du 5 décembre 2008).

En conséquence, l'expertise psychiatrique devra porter sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante à tout le moins depuis le 19 septembre 2007. Il en va de même de l'expertise rhumatologique, ce qui ne semble pas être contesté par l'intimé.

L'instruction du dossier étant incomplète, il convient d'annuler la décision du 25 septembre 2009 de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour mettre en œuvre l'expertise bidisciplinaire précitée.

A cet égard, il sera rappelé que lorsqu'une autorité judiciaire, cantonale et fédérale, enjoint un office AI de procéder à une "expertise psychiatrique", il ne peut s'agir que d'une expertise administrative, c'est-à-dire d'une expertise ordonnée par l'administration auprès de médecins ou d'une institution indépendants des parties en présence. Des raisons évidentes d'égalité entre les parties empêchent en effet que l'administration, dont la décision a été annulée par l'autorité judiciaire et à laquelle la cause a été renvoyée pour expertise, se tourne pour ce faire vers des médecins qui lui sont liés d'un point de vue institutionnel ou par contrat de travail. Dès lors un rapport du SMR ne saurait être assimilé à une expertise administrative (ATF I 694/05 du 5 décembre 2006).

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise bidisciplinaire indépendante du SMR, au sens des considérants et nouvelle décision.
9. a) La recourante qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité, à charge de l'intimé, qui sera fixée à 2'500 fr.

A cet égard, l'arrêt 9C 967/2009 invoqué par l'intimé n'est pas applicable au cas d'espèce dès lors qu'il concerne un cas d'extension de la procédure juridictionnelle alors que dans le cas d'espèce, la décision litigieuse du 25 septembre 2009 est annulée.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 25 septembre 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 2'500 fr.
6. Met un émolument de 200 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 ; 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

Nancy BISIN

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