RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4070/2005 **ATAS/635/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 10 juillet 2006

En la cause

Madame B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître TORELLO Mario-Dominique	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97;Case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Mme B_____, née le 30 avril 1963, de nationalité suisse, divorcée, est mère de deux enfants. Elle travaillait depuis le 15 juillet 1994 pour sa propre société, en tant que conseillère d'entreprises.

2. Le 31 mars 1995, l'assurée a été victime d'un accident, le véhicule qu'elle conduisait ayant été percuté à l'arrière par un autre véhicule. Elle a subi un traumatisme cervical. Peu après le choc, une altercation a eu lieu avec le conducteur du véhicule précité lequel lui a donné un coup au niveau de la poitrine; elle a été traînée sur quelques mètres par ledit véhicule, alors que son conducteur prenait la fuite.

3. L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis le 31 mars 1995.

4. Winterthur Assurances est intervenue au titre d'assureur responsabilité civile du conducteur fautif.

5. Le 7 juin 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison de séquelles du traumatisme cervical.

6. Le 21 janvier 1997, le Dr A_____, neurologue, a rempli un rapport médical AI en relevant que l'assurée souffrait des séquelles suivantes :

   a) Troubles de la mémoire importants.
   b) Troubles de la concentration importants.
   c) Fatigabilité intellectuelle.
   d) Troubles de l'équilibre modérés.
   e) Céphalées.

   L'incapacité de travail était totale. Une activité était possible "selon évolution".

7. Le 14 février 1998, le Dr C_____, neurologue, a rendu une expertise à la demande de Winterthur Assurances. Il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

8. Le 29 avril 1998, l'assurée a été victime d'un nouvel accident de la circulation et a subi une entorse cervicale C7/C8 et un traumatisme cranio-cérébral.

9. Par décision du 1er février 1999, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a alloué à l'assurée dès le 1er mars 1996 une rente entière d'invalidité et des rentes complémentaires pour enfant basées sur un degré d'invalidité de 78 %, lequel tenait compte d'une capacité de travail à 50 % comme réceptionniste-téléphoniste.

10. Le 27 mai 2004, l'OCAI a informé l'assurée que son droit à la rente était en procédure de révision.

11. Le 21 décembre 2004, le Dr D_____, neurologue, répondant à une demande de rapport médical de l'OCAI, a attesté que l'assurée souffrait de cervicalgies épisodiques, suite à un traumatisme cervical de 1995 "(aucun document à disposition)", que l'évolution était lentement favorable, qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle hormis les phases de cervicalgies et qu'aucun traitement n'était administré. Les deux dernières consultations dataient du 27 juillet et du 6 septembre 2004.

12. Le 13 janvier 2005, un médecin de l'OCAI (signature illisible) a relevé que, au vu du rapport du Dr D_____, la capacité de travail était totale dans toute activité dès le 1er janvier 2005.

13. Par décision du 14 janvier 2005, l'OCAI a supprimé le droit à la rente AI de l'assurée [dès le 1er avril 2005] en se fondant sur l'amélioration de son état de santé, qu'il a jugé médicalement attestée depuis le 6 septembre 2004. Cette décision a été notifiée à la recourante qui ne l'a pas retirée à la poste.

14. Le 4 mai 2005, l'assurée, représentée par Me TORELLO, a déposé une demande intitulée "demande de révision" de la décision de l'OCAI du 14 janvier 2005 en relevant qu'elle n'avait pris connaissance de la suppression de sa rente que le 26 avril 2005 lors d'un téléphone avec l'OCAI. Le Dr D_____ n'avait pas eu connaissance de tout son dossier AI. Elle demandait le rétablissement de sa rente. Elle sollicitait soit la révision selon l'art. 87 RAI, soit la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision du 14 janvier 2005.

15. Le 9 juin 2005, l'assurée a transmis à l'OCAI un "certificat médical" du 13 mai 2005, du Dr E_____, spécialiste en endocrinologie - médecin interne, attestant que l'assurée souffrait de troubles du système nerveux autonomes qui entraîneraient un absentéisme important dans le cadre d'une activité professionnelle. Elle présentait des cervicalgies récidivantes, des états de dystonie du système neurovégétatif (crises de catatonie). Elle n'avait pas réussi à lire au cours de ces sept dernières mois. Une expertise neurologique était nécessaire. L'assurée relevait que le certificat du Dr E_____ montrait que sa situation n'avait pas évolué. Elle partait de l'idée que l'OCAI, en cas de besoin, pratiquerait des examens médicaux complémentaires, telle une expertise neurologique.

16. Le 29 juin 2005, le Dr F_____ du Service Médical Régional (SMR) Suisse Romande de l'OCAI a estimé que les symptômes évoqués par le Dr E_____ étaient intermittents et entre ces "crises", la capacité de travail était entière. Ceci était parfaitement concordant avec le rapport du Dr D_____ du 21 décembre 2004, lequel était compétent pour se prononcer sur ce type de problème et d'autres avis médicaux n'étaient pas justifiés.

17. Par décision du 7 juillet 2005, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations en relevant que les arguments du Dr E_____ ne permettaient pas de rendre plausible que l'état de santé de l'assurée s'était modifié depuis le 14 janvier 2005 de manière suffisante pour lui reconnaître une invalidité.

18. Par décision du 8 août 2005, l'OCAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice de l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la demande de révision de la décision de suppression de rente.

19. Le 14 septembre 2005, l'assurée a fait opposition à la décision de l'OCAI du 7 juillet 2005. A réception du rapport du Dr G_____, le gestionnaire de l'OCAI avait proposé qu'une nouvelle évaluation médicale soit effectuée, ce qui n'avait à tort pas été respecté. L'instruction sommaire et extrêmement légère faire par l'OCAI avait conduit à la suppression injustifiée de la rente. Sa demande visait en réalité à la reconsidération de la décision du 14 janvier 2005. Une expertise devait être ordonnée par l'OCAI. Elle sollicitait également l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

20. Le 18 octobre 2005, l'OCAI a rendu deux décisions.

    D'une part, une décision constatant que la décision du 7 juillet 2005 était entrée en force dans la mesure où elle se prononçait sur la nouvelle demande de prestation dès lors que l'assurée ne contestait pas le refus de l'OCAI d'entrer en matière sur la demande de révision et, par ailleurs, rejetant l'opposition dans la mesure où elle se rapportait à la contestation du refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération.

    D'autre part, une décision rejetant la requête d'assistance juridique gratuite dès lors que la demande d'entrée en matière sur la demande de reconsidération était vouée à l'échec.

21. Le 21 novembre 2005, l'assurée a recouru par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre les deux décisions du 18 octobre 2005 précitées. Elle a conclu "sur demande d'assistance juridique" à l'octroi de celle-ci et, "sur décision sur opposition" à constater que l'OCAI a arbitrairement ignoré que les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA étaient réunies pour entreprendre la reconsidération de la décision de suppression de rente en date du 14 janvier 2005. En conséquence mettre à néant la décision sur opposition du 18 octobre 2005 et renvoyer le dossier à l'OCAI.

    La recourante a relevé que le Dr D_____ avait répondu très partiellement aux questions de l'AI, ce qui ne permettait pas à l'OCAI de conclure à une capacité de travail entière. Sa décision était manifestement inexacte. L'OCAI devait procéder à la mise en œuvre d'une expertise médicale, dire et constater que l'OCAI a arbitrairement ignoré que les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA étaient réunies pour

entreprendre la reconsidération de la décision de suppression de rente prise à l'encontre de Mme B_____ en date du 14 janvier 2005; en conséquence mettre à néant la décision sur opposition du 18 octobre 2005; et cela fait, retourner le dossier à l'OCAI pour suite utile à donner; débouter l'OCAI et tout opposant de toutes autres ou contraires conclusions; condamner l'OCAI en tous les dépens lesquels comprendront une indemnité à titre de participation aux honoraires d'avocat de la recourante.

22. Le recours concernant l'assistance juridique a été enregistré sous le numéro de cause A/4121/2005 et celui concernant la reconsidération sous le numéro de cause A/4070/2005.

23. Le 28 novembre 2005, l'OCAI a conclu au rejet des recours en se référant à ses décisions.

24. Le 1er mars 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours concernant le refus de l'assistance juridique et a transmis au service de l'assistance juridique la demande de la recourante concernant la procédure de recours.

25. Le 6 mars 2006, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties et d'enquête au cours de laquelle le Dr D_____ a été entendu.

    La recourante a déclaré qu'en 2004 seul de Dr D_____ était son médecin-traitant et que le Dr E_____ traitait son problème endocrinologique.

    L'OCAI a relevé qu'en 2004 seul le Dr D_____ devait être questionné pour la révision de la rente. Pour les médecins de l'AI, les réponses de celui-ci étaient suffisantes pour qu'ils puissent se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

    Le Dr D_____ a déclaré ce qui suit :

    "J'étais un des médecins traitants de Mme B_____ de 1999 à septembre 2004. Elle m'a consulté à la suite de son accident. Je l'ai vue pour la dernière fois en septembre 2004. Mme B_____ m'a été adressée par le Dr H_____mais je n'ai jamais eu connaissance des autres avis médicaux au dossier.

    Je confirme le diagnostic de cervicalgies épisodiques. S'agissant de la capacité de travail, j'estime que celle-ci était nulle au moment des périodes des réactivations des cervicalgies. Je précise que le rachis cervical de Mme B_____ est resté fragile et vulnérable à la suite de l'accident et cela de façon persistante, impliquant des limitations par rapport à certaines activités (par exemple : de longs trajets en voiture lui occasionnent des douleurs), mais pas par rapport à son ancienne activité de chasseur de têtes qui est, selon moi, possible. S'agissant du taux de travail il

faudrait pouvoir tester la patiente dans les conditions d'une activité. J'estime qu'il y a une capacité de travail mais je ne peux pas me prononcer sur le taux de celle-ci. La fréquence des réactivations des cervicalgies est de 1 à 2 fois par an et cela dure quelques semaines, nécessitant un traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique. Mme B_____ se plaignait de troubles de la mémoire et de la concentration, je ne l'ai toutefois jamais soumise à un examen neuropsychologique. Je n'avais pas connaissance du fait que des confrères avaient constatés antérieurement l'existence de tels troubles. Je précise que si ces troubles sont véritablement existants ils ont de façon évidente une influence sur la capacité de travail.

Je me suis occupé de Mme B_____ uniquement pour ses cervicalgies et cervico-brachialgies. Je ne savais pas en particulier qu'elle avait consulté d'autres neurologues. Je n'ai une vue du dossier médical que partielle. Je n'ai répondu que par rapport aux questions posées dans le questionnaire de l'OCAI. J'estime qu'un examen neuropsychologique était utile dans le cas de Mme B_____.

Vous me lisez un extrait d'un avis médical du Dr E_____ du 13 mai 2005. Je ne suis pas d'accord avec le diagnostic de celui-ci. Si je peux admettre un état de dystonie du système neurovégétatif, je ne suis pas d'accord avec le diagnostic de catatonie, soit un état stuporeux persistant, une rigidité, un état de non réponse de la personne.

Je précise que le 27 juillet 2004 j'ai vu Mme B_____. J'ai noté à cette occasion au dossier : malaise au cinéma, voir rapport du Dr I_____, dystonie neurovégétative certaine. J'ai effectué un examen neurologique succinct qui était normal. J'ai proposé un traitement médicamenteux pour soigner la dystonie neurovégétative que Mme B_____ a suivi.

Je ne sais pas si Mme B_____ subissait des crises de cervicalgies au moment desquelles elle ne m'aurait pas consulté et à l'occasion desquelles elle aurait pris d'elle-même des médicaments.

Je fais clairement une distinction entre la notion de chronique et celle d'épisodique. Il y a une chronicité dans les douleurs de Mme B_____ mais celles-ci ne sont pas constantes. Entre le début de la prise en charge de la patiente et la fin, il y a eu une amélioration mais non pas une guérison.

S'agissant du rapport du Dr J_____, je suis d'accord avec son diagnostic de persistance du syndrome cervical modéré. Je note qu'il constate une suspicion de dysfonction cognitive modérée. Je ne vois pas ce qu'il entend par trouble de l'adaptation et je suis également d'accord avec le trouble de fatigue".

26. Le 17 mars 2006, la recourante a versé à la procédure une convocation pour une consultation ORL à la clinique et policlinique d'oto-rhino-laryngologie des HUG

pour le 15 mars 2006 et un rapport d'examen neuropsychiatrique du 2 mars 2006 cosigné par le Dr J_____, médecin adjoint et responsable de l'Unité de Neuropsychiatrie des HUG et Mme K_____, psychologue licenciée.

Selon ce dernier, la patiente avait déjà été examinée le 19 février 1996 et le 6 juin 1997, examens qui avaient révélés sur le plan clinique, des céphalées, nausées et flou visuel après un effort soutenu avec à ce moment des difficultés de concentration et des erreurs attentionnelles, associées à un léger bâclage et à des rires ou des commentaires. Au niveau mnésique, la persistance d'une amnésie antérograde partielle d'environ deux mois ainsi qu'une légère limitation des capacités d'apprentissage à long terme d'un matériel verbal. Sur le plan du langage, un léger défaut du mot en dénomination d'images. L'ensemble des symptômes qui persistaient depuis plus de deux ans après l'accident était un tableau habituel d'atteinte post-lésion cervicale.

Selon la conclusion du test, comparativement au bilan de juin 1997, l'examen neuropsychologique réalisé auprès de cette patiente droitière de 43 ans, collaborante et peu fatigable met en évidence :

- Un discret dysfonctionnement exécutif, avec un ralentissement dans une épreuve exécutive ainsi qu'un discret manque de flexibilité mentale.

- Des rendements insuffisants pour l'apprentissage et la reconnaissance dans une épreuve mnésique verbale.

- Des déficits de mémoire de travail (TEA).

- Des troubles attentionnels (TEA, erreur au calcul écrit).

En revanche, on ne relève plus le léger défaut du mot mentionné en 1997. Ce tableau est dominé par des difficultés mnésiques et attentionnelles et ne s'est pas amélioré depuis 1997. Les quelques différences dans les résultats individuels sont à notre avis typiques des fluctuations à intégrer dans ce type de pathologie. Les résultats permettent également de rendre compte des difficultés fonctionnelles ressenties par la patiente.

La recourante a relevé que son état, au vu du rapport précité, n'avait pas évolué depuis l'allocation de sa rente AI et que le rapport du Dr D_____ était insuffisant pour réviser son droit, ce que ce médecin avait lui-même admis. La décision de l'OCAI du 14 janvier 2005 était donc manifestement erronée et devait conduire à sa reconsidération, le refus de celle-ci par l'OCAI étant arbitraire.

27. Le 31 mai 2006, la recourante a versé au dossier trois documents médicaux complémentaires.

- Selon un rapport de consultation d'otoneurologie du 27 mars 2006 du service d'oto-rhino-laryngologie des HUG, la patiente se plaignait d'acouphènes au printemps et d'instabilité dans les grands espaces publics mais ces plaintes de déficit auditif n'avaient pas pu être objectivées.

- Selon un examen radiologique des HUG de la colonne cervicale du 11 janvier 2006, les structures osseuses et tissus mous de la colonne cervicale étaient dans la norme en tenant compte de l'âge.

- Selon une note du 25 avril 2006 du Dr J_____, au vu des deux examens précités, la situation lui paraissait plutôt stable par rapport à 1997. "Il semblait que les éléments qui gênent le plus Mme B_____ depuis lors sont des troubles mnésiques/attentionnels qui ne sont pas modifiés, entraînant des difficultés pour elle. Du point de vue de la prise en charge, ce qui est le plus important est l'auto-training avec des exercices dans la limite des douleurs. Je n'ai pas d'autre proposition à faire pour l'instant, mais reste à disposition si elle le désire".

La recourante a relevé qu'au vu des pièces médicales au dossier, sa situation n'avait pas évolué depuis 1997-1998.

28. Le 8 juin 2006, l'OCAI a relevé que le juge des assurances sociales ne pouvait contraindre l'administration à entrer en matière sur une reconsidération, seul objet de la présente procédure. Par ailleurs, les motifs d'une révision n'étaient manifestement pas remplis, ce qui justifiait une non entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

29. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a) ch. 2, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des constatations 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 fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce dès lors que le litige porte sur la suppression de la rente de la recourante depuis le 1er avril 2005.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition de l'OCAI du 18 octobre 2005 (A/4070/2005) est recevable (art. 60 LPGA).

5. a) Il convient de déterminer l'objet du présent litige.

Selon l'OCAI, lequel se réfère aux termes utilisés par la recourante, l'objet du litige est limité au refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de la décision du 14 janvier 2005. Cependant, la recourante a, le 5 mai 2005, par l'intermédiaire de son avocat, déposé une demande de révision/reconsidération en invoquant les motifs qui, selon elle, justifiaient l'annulation de la décision du 14 janvier 2005. Ces motifs ont ensuite continué à être invoqués par la recourante dans le cadre de son opposition du 14 septembre 2005 et dans le cadre du présent recours.

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne pas un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après

un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.2; ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 17 LPGA) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1). Enfin, selon la jurisprudence, d'autre part, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 12 consid. 2a et les références). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 13 consid. 2a, 116 V 62; MEYER-BLASER, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 s.).

c) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit mais encore pertinente, sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATFA du 3 juillet 2002, cause H 121/02).

d) 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.

Selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, qui traite des motifs de la révision de la rente, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (al. 2). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3).

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).

e) En l'espèce, au vu des motifs invoqués par la recourante, il apparaît que, lors de sa demande du 4 mai 2005, celle-ci entendait déposer une demande de révision ou reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, voire une demande de révision au sens de l'art. 87 RAI.

Or, l'OCAI est uniquement entré en matière sur une demande de révision de la rente au sens des art. 87ss RAI. Ce faisant, il a omis d'examiner, comme l'exige la maxime d'office, si un motif de révision procédurale était en l'espèce donné.

Pour ces raisons, il convient d'admettre, au risque de commettre un formalisme excessif (ATF 125 I 170, ATFA du 6 juin 2005, cause I 26/05), que le présent litige porte tant sur le refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, que sur une demande de révision procédurale de la décision du 14 janvier 2005 (au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA), ainsi que sur le refus de réviser la rente (refus de prestations au sens de l'art. 87 RAI).

6. En l'espèce, les déclarations en audience du 6 mars 2006 du Dr D_____, ainsi que les rapports d'examen neuropsychologique du 2 mars 2006 du Dr J_____ et le rapport de celui-ci du 25 avril 2006 constituent des moyens de preuve de

nature à mettre sérieusement en doute la conclusion de l'OCAI selon laquelle l'état de santé de la recourante se serait amélioré depuis le 6 septembre 2004.

a) S'agissant tout d'abord de la demande de reconsidération, conformément à la jurisprudence précitée et compte tenu du fait que l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur une telle demande, le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette décision.

b) Ensuite, les moyens de preuve susmentionnés ne peuvent pas être considérés comme nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA dès lors qu'ils auraient pu être invoqués ou demandés dans le cadre de la procédure de révision de la rente débutée par l'OCAI, puis dans le cadre d'une opposition à la décision du 14 janvier 2006, voire d'un recours contre la décision sur opposition qui aurait suivi.

c) En revanche, il y a lieu d'admettre que la demande de révision portant sur une modification de l'état de santé de la recourante depuis le 14 janvier 2005 (art. 87 RAI) n'a pas été correctement instruite par l'autorité intimée, laquelle s'est bornée à rejeter les arguments médicaux du Dr E_____. Dans ce cadre, il s'agit de déterminer si la recourante a rendu ou non plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis le jour où sa rente d'invalidité a été supprimée par voie de révision jusqu'au jour de la décision sur opposition (ATFA du 12 septembre 2003, I 187/03). Or, il y a lieu d'admettre que la recourante a rendu plausible "l'aggravation" depuis le 14 janvier 2005 de son état de santé, notamment par la présence de troubles de la concentration, le Dr E_____ ayant notamment invoqué son incapacité à lire, troubles qui n'avaient pas été mentionnés par le Dr D_____ pour le motif qu'il ne connaissait pas tout le dossier de la recourante.

Or, les pièces médicales complémentaires précitées versées au dossier par l'assurée sont de nature à faire douter de l'existence d'une capacité de travail en tous les cas dès le 14 janvier 2005.

En effet, d'une part de Dr D_____ admet lui-même n'avoir eu qu'une vue partielle du dossier et, en particulier ne connaissait pas l'existence de troubles de la mémoire et de la concentration, justifiant selon lui un examen neuropsychologique. D'autre part, cet examen, mené le 2 mars 2006, a révélé des difficultés mnésiques et attentionnelles formant un tableau qui ne s'était, selon les médecins, pas amélioré depuis 1997.

En conséquence, la constatation de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, justifiant la suppression de sa rente, étant entrée en force par décision du 14 janvier 2005, il y a lieu d'admettre que, depuis cette dernière date, un risque de modification important de l'état de santé de la recourante est bien réalisé et donc rendu plausible au sens de l'art. 84 al. 3 RAI.

Partant, c'est à tort que l'OCAI n'est pas entré en matière sur la demande de révision de la rente. En particulier, la conclusion du Dr F_____ selon laquelle il n'y avait aucune raison de demander d'autres avis médicaux ou expertises est erronée. L'OCAI se doit de reprendre l'instruction de la demande de révision par le biais par exemple d'une expertise neurologique, et rendre ensuite une nouvelle décision.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition annulée dans la mesure où elle constate que la décision du 7 juillet 2005 est entrée en force sur la question de la nouvelle demande de prestation et le dossier renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire relativement à la demande de révision (art. 17 LPGA) et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 18 octobre 2005 dans la mesure où elle constate que la décision du 7 juillet 2005 est entrée en force sur la question de la nouvelle demande de prestation.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

5. Condamne l'OCAI a verser une indemnité de fr. 500.- à la recourante.

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

La greffière	La présidente
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