REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2021/2007 **ATAS/811/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 16 juillet 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée, Genève, comparant par Maître Jean-Marie FAIVRE, rue de la Rôtisserie 2, Genève, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève	intimé

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

EN FAIT

1. Madame M_____, née le 1958, de nationalité turque, a rejoint son mari en Suisse en 1980. Elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.

2. Dès 1983, elle a effectué des travaux de nettoyage à X_____, puis a travaillé comme auxiliaire de cuisine à l'Y_____, et enfin dans des usines. A la naissance de son troisième enfant en 1993, l'intéressée a cessé toute activité lucrative. En 1999, elle a repris une activité de nettoyeuse. Depuis le 11 juin 2001, elle a repris une activité accessoire comme employée d'entretien chez Z_____ SA, à raison de deux heures par jour.

3. L'intéressée est en incapacité totale de travail depuis le 5 novembre 2001. Elle a reçu des indemnités journalières perte de gain de la Genevoise Assurances.

4. Le 24 juillet 2002, le Dr A_____, spécialiste FMH médecine interne, a rendu un rapport d'expertise à la demande du médecin-conseil de la Genevoise Assurances. Il relève que la patiente présentait un état dépressif associé à une fibromyalgie et, depuis quinze ans, des épisodes de symptomatologie abdominale douloureuse mis sur le compte d'un colon spastique. Il existait une hernie discale centrale et para-centrale au niveau L4-L5, sans syndrome radiculaire et un discret tassement de la partie antérieure de L2. Il était d'avis que la patiente présentait également une sinistrose.

5. Elle a déposé en date du 27 septembre 2002 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente. L'intéressée a déclaré souffrir de problèmes de dos et de hanches depuis une dizaine d'années et de problèmes psychiques depuis le 5 novembre 2001.

6. Le Dr B_____, médecin traitant, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 14 octobre 2002. Il a posé les diagnostics de suspicion de fibromyalgie, d'hernie discale L4-L5, de colon spastique et d'état dépressif. Il a expliqué que depuis son dernier accouchement en 1993, la patiente présentait des douleurs diffuses au niveau cervico-dorso-lombaire accompagnées de sensations d'enflure aux genoux et aux hanches. Elle souffre d'insomnie, de fatigue, d'irritabilité et d'anxiété. Les points de fibromyalgie sont positifs, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans toute activité. Depuis six mois, l'état algique se péjorait.

7. Dans un rapport du 24 juin 2003 à l'attention de l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants : troubles de l'humeur organique F 06.3, difficultés liées à l'acculturation Z60.3 et analphabétisme. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 5 novembre 2001. Répondant au questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, le

Dr C_____ a indiqué que les particularités comportementales de nature sociale et culturelle influençaient grandement l'affection actuelle.

8. Le 20 octobre 2003, le service de neurochirurgie des ("établissement hospitalier") a rendu un rapport médical à la suite d'une IRM dorsolombaire et d'un ENMG en relevant que la composante dorsale de la douleur qui semble le plus gêner la patiente est probablement liée à la maladie de Scheuermann, il n'est pas exclu que la composante lombaire associée à cette douleur radiculaire à droite, puisse être liée à la discopathie L4-L5 qui pourrait engendrer une instabilité responsable des douleurs lombaires mécaniques.

9. Le 3 décembre 2003, le Dr D_____, spécialiste FMH médecine interne rhumatologie, a attesté d'un seuil douloureux massivement abaissé avec des dorsalgies, troubles statiques et une composante lombalgique de la discopathie L4-L5.

10. Le Dr E_____, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 22 janvier 2004. Il a indiqué que la patiente souffrait depuis plusieurs années d'un état douloureux chronique dorso-lombaire d'origine multifactorielle, de fibromyalgie et d'un état dépressif, avec aggravation depuis 4-5 ans, ces diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Elle présente encore des troubles métaboliques, sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans l'activité de femme de ménage.

11. Sur proposition du Service médical régional AI, SMR LEMAN, l'OCAI a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise.

12. Du 22 mars au 8 avril 2004, l'assurée a séjourné dans la division de rhumatologie des "établissement hospitalier" en raison de dorso-lombalgies. Il est retenu une fibromyalgie exacerbée, un état anxio-dépressif, une hypothyroïdie, une hypercholestérolémie et une probable gastrite au décours.

13. Le Dr F_____ a examiné l'assurée le 10 mars 2004 et a établi son rapport en date du 17 mars 2004. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, de troubles dégénératifs discrets du rachis, d'une hernie discale D8-D9 et d'une discopathie L4-L5, de séquelle de maladie de Scheuermann, d'une hypothyroïdie substituée, d'hypercholestérolémie et d'obésité. Dans son appréciation du cas, il relève que l'examen clinique est parasité par de nombreux signes comportementaux alliant une exagération verbale et une projection non anatomique de la douleur; il est cependant relativement rassurant, sans limitations fonctionnelles objectivables, ni signes inflammatoires. L'examen neurologique est normal, l'EMG pratiqué chez le Dr G_____ le 23 septembre 2003 a permis d'exclure un trouble neurologique. Le neurologue a conseillé une prise en charge

multidisciplinaire par la consultation de la douleur des ("établissement hospitalier"). Les radiographies mettent en évidence une diminution de l'espace inter-somatique en L5-S1 avec une discrète spondylarthrose postérieure, l'IRM dorsolombaire de septembre 2003 révèle la présence d'une petite hernie discale paramédiane gauche, une plus large protrusion discale médiane L4-L5 et des séquelles de maladie de Scheuermann, découverte fortuitement. En effet, une corrélation entre cette maladie et des rachialgies chroniques n'a jamais pu être clairement démontrée. L'examen clinique et para-clinique ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes douloureux de l'assurée, ni leur intensité. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 75 % d'une pleine activité de nettoyeuse. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière. Le pronostic est réservé, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse. L'expert a relevé que du point de vue psychique, l'anamnèse et l'examen clinique étaient évocateurs d'une comorbidité psychologique pour laquelle il laissait le soin à l'OCAI d'apprécier s'il était nécessaire de présenter l'assurée à un spécialiste.

14. A la demande de l'OCAI, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie – psychothérapie, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 3 septembre 2004, l'expert relève que l'assurée se plaint de douleurs de dos liées à ses hernies discales, de gastrite associée à des nausées et des maux de ventre diffus et de dépression. Elle dit être incapable d'effectuer la plupart des activités ordinaires dans un ménage; l'ensemble de ces activités est assuré par ses belles-filles et ses fils. Son sommeil est très perturbé, elle effectue des va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur, accompagnée de son mari, son appétit est décrit comme mauvais. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique, car en réalité elle n'a vu le Dr C_____ que trois à quatre fois et n'a plus voulu y retourner; elle n'y voyait plus d'utilité, car il n'a pas pu l'aider. Elle estime que sa capacité de travail est de 0 % dans toute activité. Lors des constatations cliniques, l'expert mentionne qu'un premier entretien s'est déroulé sans interprète, l'assurée lui ayant téléphoné pour dire qu'elle se débrouillait très bien elle-même. En réalité, l'assurée a montré une capacité de compréhension et d'expression dans la moyenne inférieure pour le français et en raison des renseignements très superficiels obtenus, un deuxième entretien a eu lieu en présence d'un interprète. Cependant, l'interprète doit souvent intervenir, corriger, reprendre et demander à l'assurée de revenir sur la question, de donner des précisions; l'entretien a pris une allure compliquée et à la limite du pénible. L'expert s'est dit frappé d'entrée par une coquetterie de présentation, elle vient au cabinet et en repart d'un pas énergique, tonique, sans aucun signe de handicap. La capacité d'attention, l'éveil et la concentration sont maintenus pendant les deux heures d'entretien. Elle ne présente aucune particularité susceptible d'étayer une quelconque psychopathologie, il n'y pas de problématique psychotique, ni de trouble de la personnalité, elle n'est pas dépressive. Selon l'expert, si un état dépressif avait existé auparavant, il faut déduire qu'il est compensé d'une manière

très positive et il se trouvait plutôt devant une personne qui s'est fixée dans un rôle de malade, avec forte exagération et incohérences multiples. En conclusion, il a posé le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales, n'engendrant aucune limitation sur la capacité de travail.

15. Par décision du 11 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, au motif que sa fibromyalgie sans comorbidité psychique n'est pas invalidante au sens de la loi.

16. Le 3 février 2005, FORUM SANTE a formé opposition au nom et pour le compte de l'assurée. Il a joint un rapport du Dr E_____ du 24 janvier 2005, mentionnant un état dépressif chronique. Dans ses conclusions complémentaires du 10 mars 2005, l'intéressée a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

17. Par courrier du 13 avril 2005, l'intéressée a remis à l'OCAI un rapport établi le 25 mars 2005 par le Dr E_____, dans lequel il se réfère au rapport du Dr Yves-B. D_____ du 3 décembre 2003 décrivant une mobilité limitée.

18. Le 25 mai 2005, une ENM montre un syndrome du canal carpien bilatéral.

19. Par décision du 1er juin 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, se référant à l'expertise du Dr I_____.

20. L'assurée, représentée par Me Jean-Marie FAIVRE, a interjeté recours en date du 4 juillet 2005. Relevant les divergences entre les experts et les autres médecins qu'elle a consultés, elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'au moins 50 %, conditionnée à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours, mais n'a pas déposé d'autres conclusions dans le délai qui lui a été imparti.

21. Dans sa réponse du 17 février 2006, l'OCAI propose le rejet du recours, se référant aux rapports et conclusions des experts.

22. Par arrêt du 7 juin 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours en se fondant sur les expertises des Dr J_____ et K_____.

23. Du 13 au 16 juin 2006, l'assurée a séjourné dans le service de psychiatrie adulte des "établissement hospitalier" en raison d'une aggravation de sa symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques.

24. Du 28 juin au 21 juillet 2006, l'assurée a séjourné en entrée non volontaire au service de psychiatrie adulte secteur 2 - jonction des "établissement hospitalier" en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode de dépression sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur F33.30; fibromyalgie; hypothyroïdie substituée.

Il s'agissait d'une décompensation psychotique sans rupture du traitement médicamenteux.

Le rapport relève que "les symptômes psychotiques dans la forme des hallucinations auditives et visuelles sont au premier plan sur un fond de perplexité, de thymie triste et fonctionnement global déficient. Pour cette raison, nous changeons Zyprexa par Risperdal, sans changement clinique. La patiente présente, par ailleurs une labilité de l'humeur avec une impulsivité. Nous faisons l'hypothèse d'un état affectif mixte et nous introduisons de la valproate à la place du traitement antidépresseur. Suite à ce traitement la patiente se sent plus posée, moins anxieuse, les hallucinations sont toujours présentes mais de moindre intensité. Les douleurs persistent telles qu'elles sont depuis une vingtaine d'années. A plusieurs reprises, un massage avec une crème hydratante a permis de les soulager rapidement. Une des hypothèses concernant l'aggravation récente de troubles de Mme M_____".

25. Le 29 août 2006, la Dresse L_____ du service de psychiatrie adulte - CTB Jonction, a attesté que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 28 juillet 2006.

26. Le 8 septembre 2006, l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique a reçu la patiente en consultation. Le rapport de l'unité relève que "la patiente présente une trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques. Ces derniers étaient présents à la sortie du CTB il y a quelques semaines et ne montrent pas d'aggravation actuellement. La patiente critique les hallucinations et leur contenu. Elle s'engage fermement à ne pas passer à l'acte. La famille est très présente et adéquate pour réagir si l'état psychiatrique de la patiente s'aggrave. La patiente ne demande par ailleurs pas de prise en charge psychiatrique supplémentaire; elle est actuellement suivie à la consultation jonction. Dans ce contexte, il n'y a actuellement pas de nécessité de prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier. Si la patiente en ressent le besoin, elle peut consulter pour organiser une nouvelle prise en charge CTB".

27. Le 6 octobre 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en mentionnant un état douloureux chronique dorsolombaire d'origine multifactorielle, fibromyalgie, état dépressif, atteinte à sa santé psychique, notamment trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques, atteinte existant depuis 1982 avec une nette aggravation depuis trois-quatre mois.

28. Le 31 octobre 2006, le Dr M_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé que le diagnostic invoqué était effectivement différent de ceux connus antérieurement.

29. Par projet de décision du 2 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'il y avait un diagnostic différent de ceux connus antérieurement mais que le délai de carence d'un an n'était pas écoulé, une nouvelle

demande devait, en cas de persistance du trouble avec incapacité de travail, être déposée en juin 2007.

30. Le 28 novembre 2006, l'assurée, représentée par son avocat, a écrit à l'OCAI que le courrier du Dr E_____ du 30 septembre 2006 devait être compris comme une demande de révision au sens de l'art. 87 du règlement de l'assurance-invalidité (RAI) de sorte qu'un nouveau délai de carence n'était pas applicable.

31. Le 12 avril 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision en mentionnant qu'il ne s'agissait pas d'une aggravation de l'état de santé mais d'une nouvelle demande. Une incapacité de travail était admise depuis juin 2006 de sorte que la demande devrait être déposée en juin 2007.

32. Le 19 avril 2007, l'OCAI a rendu une nouvelle décision, annulant celle du 12 avril 2007 mais dont le contenu est identique, avec indication de voies de droit, lesquelles ne figuraient pas sur la décision initiale.

33. Le 23 mai 2007, l'assurée représentée par son avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 30 septembre 2006. L'OCAI devait soit transmettre la demande de prestations d'octobre 2006 au Tribunal cantonal des assurances sociales en tant que demande de révision de son arrêt, soit reconsidérer lui-même sa propre décision. Selon l'art. 88bis RAI, la révision prenait effet dès le mois où elle était présentée. Il y avait en l'espèce matière à révision de la décision du 11 janvier 2005 confirmée par l'arrêt du 7 juin 2006.

34. Le 7 juin 2007, la Dresse N_____ du département de psychiatrie des "établissement hospitalier" a attesté que l'assurée était suivie à la consultation jonction depuis septembre 2006 et par elle-même depuis janvier 2007 pour un trouble dépressif récurrent, avec actuellement un épisode dépressif sévère. Elle est également connue pour une fibromyalgie et une hypothyroïdie substituée. Actuellement la patiente se plaint de douleurs très importantes, surtout dans le dos et dans la nuque, ainsi que de migraines. Elle parle d'une tension musculaire importante qui se répercuterait aussi sur son système digestif. La patiente se plaint d'une fatigue importante et se dit également incapable de s'occuper des activités quotidiennes de la maison, ainsi que de travailler, en raison de ces douleurs et de cette fatigue. Mme M_____ se plaint de troubles du sommeil importants. Elle montre des symptômes psychotiques atypiques. Elle présente un état de désespoir important avec une thymie triste, un ralentissement psychomoteur, des moments de perplexité difficiles à définir, ainsi que des mouvements répétitifs de frottements de ses mains, probablement en lien avec une certaine angoisse.

35. Le 18 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et invoqué un arrêt ATAS/555/2007 similaire à la présente cause.

36. 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 6 octobre 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 2 novembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 19 avril 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 23 mai 2007.

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

4. L'objet du litige porte sur la question de l'application d'un délai de carence d'une année à la demande de révision d'octobre 2006 de la recourante.

   En outre, dans la mesure où la recourante estime que l'aggravation de son état de santé dès juin 2006, admise par l'intimé, constituerait un motif de révision de l'arrêt

du 7 juin 2006 du Tribunal de céans, son recours doit également être compris comme une demande de révision dudit arrêt.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

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

7. S'agissant de la demande de révision, en application de l'art. 89I de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), l'art. 61 let. i LPGA s'applique à la révision de l'arrêt du 7 juin 2007.

   Aux termes de cet arrêt 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

   La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ. 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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références; consid. 2.2 de l'arrêt D. du 28 avril 2005, I 183/04, résumé in REAS 2005 p. 242; ATFA du 29 novembre 2005, C 175/04).

Or, en l'espèce, l'objet du litige ayant donné lieu à l'arrêt en cause est déterminé par la décision sur opposition de l'intimé du 1er juin 2005 et en conséquence par l'état de santé de l'assurée jusqu'à cette dernière date. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Dans la mesure où la recourante invoque une aggravation de son état de santé postérieure à la décision sur opposition du 1er juin 2005 et même postérieure à l'arrêt du 7 juin 2006, elle ne saurait constituer un motif de révision dudit arrêt, au sens de l'art. 61 let. i LPGA. La demande de révision sera dès lors, dans la mesure où elle est recevable, rejetée.

8. a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle: a. l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou b. l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

L'art. 17 LPGA prévoit que 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

L'art. 87 RAI prévoit que 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). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Selon l'art. 88a al. 2 RAI si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

L'art. 88bis al. 1 let. a RAI précise que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

9. En l'espèce, l'arrêt du 7 juin 2006 a retenu que la recourante avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Cette dernière invoque une aggravation de son état de santé dès juin 2006, ayant comme conséquence une incapacité de travail totale dès cette dernière date. L'intimé a admis cette aggravation et est donc entré en matière sur la demande de révision. C'est bien à juste titre que l'intimé a retenu que la période de carence d'une année de l'art. 29 LAI n'avait débuté qu'en juin 2006 et que la demande de prestations de la recourante était prématurée (à cet égard, ATFA du 13 août 2001, I 169/01).

10. Au vu de ce qui précède, tant le recours que la demande de révision sont mal fondés et ils doivent être rejetés. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante 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. Le rejette.

3. Rejette, dans la mesure où elle est recevable, la demande de révision de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 7 juin 2006 (ATAS/559/2006).

4. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
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