

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2332/2010

ATAS/1254/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 30 novembre 2010**

En la cause

Madame I \_\_\_\_\_, domiciliée aux Avanchets, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Alain DROZ

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame I \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1967, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004 par décision du 22 février 2005 de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), confirmée sur opposition le 30 juin 2005 et par jugement du Tribunal de céans du 15 mai 2007 (ATAS/555/2007).
2. L'octroi de cette rente entière était motivé par la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'un trouble d'anxiété généralisée (F41.1) entraînant une incapacité de travail totale (rapport d'expertise du 6 juillet 2004 du Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie). Sur le plan somatique, l'assurée présentait un tableau clinique de fibromyalgie depuis octobre 2001 et des cervico-brachialgies droites sur dysfonction segmentaire depuis mai 2000, mais sa capacité de travail était totale dans toute activité dès novembre 2002 (rapport d'expertise du 12 mai 2002 du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie).
3. A partir de janvier 2006, l'OAI a procédé à la révision du droit de l'assurée à une rente entière.
4. Dans ce cadre, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, médecin traitant de l'assurée depuis le 19 mai 2004, a posé les diagnostics de fibromyalgie depuis 2001, de cervicalgies sur hernies discales C4-C5 et C5-C6 depuis 2005 et d'état dépressif. Ces diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 16 mars 2006).
5. Par rapports des 17 et 20 mars 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis le 9 décembre 2003, a retenu notamment les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis avril 2002, et de troubles anxieux, atteintes qui imposaient encore une incapacité de travail de plus de 80 %.
6. Par rapports des 13 et 14 juin 2007, le Dr O \_\_\_\_\_ a posé également le diagnostic d'épisodes dépressifs sévères sans symptôme psychotique, en indiquant que l'état de santé de la patiente ne permettait pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle même partielle avant au moins deux ans.
7. L'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après CEMED), laquelle a été effectuée par les Drs P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-

psychothérapie. Dans leur rapport des 21 novembre et 13 décembre 2007, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci présentait une dysthymie, de la fibromyalgie (2002), des discopathies sous forme de hernies discales C4-C5 et C5-C6 (2006), des troubles statiques du rachis et séquelles de maladie de Scheuermann (radiologiquement modérés) et une surcharge pondérale, mais ces troubles n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail. Sur le plan somatique, les experts ont trouvé une situation comparable à celle déjà décrite précédemment par les autres somaticiens, à savoir la présence d'un tableau clinique de fibromyalgie. Il n'y avait pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique, en particulier aux membres supérieurs, permettant d'affirmer que les hernies discales cervicales jouaient un rôle clinique pertinent. L'ensemble de la pathologie somatique ne diminuait pas la capacité de travail de manière significative et durable, étant relevé que sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas eu de changement par rapport à l'expertise de 2002 du Dr M\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, au plus tard à fin 2005, la situation s'était améliorée et avait atteint le niveau actuel de dysthymie. Ainsi, la capacité de travail était totale même dans l'activité habituelle, à savoir femme de ménage.

8. Dans un rapport complémentaire du 2 avril 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_, répondant à une demande de renseignements de la Dresse S\_\_\_\_\_ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a précisé que les douleurs diffuses étaient à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. Il n'y avait pas de symptôme ou de signe clinique clair d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique, donc pas de corrélation clinique avec les hernies discales cervicales mises en évidence à l'imagerie de 2006. En conclusion, la présence de deux hernies discales cervicales était une découverte ne jouant pas de rôle prépondérant dans la symptomatologie présentée par l'assurée et elles n'avaient pas de répercussion fonctionnelle significative dans ce cas. On pouvait donc considérer que l'activité de femme de ménage était adaptée aux problèmes médicaux somatiques et donc que la capacité de travail dans l'activité habituelle était entière.
9. Par rapport du 17 juin 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions de l'expertise et a maintenu que sa patiente présentait un syndrome dépressif persistant en lien avec les douleurs chroniques se manifestant sous forme d'une humeur dépressive fluctuante, avec bradypsychie et apragmatisme. Elle était quotidiennement ralentie, fatigable, irritable et son élan vital était nettement diminué. Ces troubles psychiques étaient invalidants et une reprise professionnelle partielle n'était envisageable que d'ici deux à trois ans.
10. Par avis du 18 juillet 2008, le SMR a estimé que l'assurée ne se trouvait plus dans le cadre d'une pathologie psychique grave, laquelle avait antérieurement justifié une incapacité de travail totale, mais présentait à nouveau une humeur dépressive d'accompagnement au syndrome douloureux, comme indiqué par le Dr

O\_\_\_\_\_. Les conclusions des experts du CEMED devaient donc être suivies.

11. Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré que l'expertise effectuée par le CEMED avait mis en évidence un état de santé psychique qui n'était pas d'une gravité suffisante pour retenir une invalidité. L'assurée était à même de reprendre son activité habituelle et les conditions pour supprimer le droit à la rente étaient ainsi réalisées puisque son invalidité était nulle.
12. Par jugement du 27 janvier 2009, le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre cette décision (ATAS/76/2009). Il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière tant sur le plan psychique que sur le plan somatique, de sorte que le degré d'invalidité était nul et les conditions réalisées pour supprimer le droit à la rente. Ce jugement a en outre été confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 4 décembre 2009 (9C\_212/2009).
13. Par pli du 2 mars 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Maître Alain DROZ, a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle fait valoir que depuis l'expertise rendue par le Dr M\_\_\_\_\_ en 2002, le tableau clinique s'est notablement péjoré. A l'appui de sa demande, elle produit un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2010 attestant qu'au cours de l'année 2009, la situation clinique de la patiente ne s'est pas améliorée : le syndrome douloureux persiste, dominé principalement par des cervicalgies, la patiente décrivant des blocages cervicaux très douloureux qui s'accompagnent souvent d'irradiations douloureuses dans les deux épaules et dans les deux membres supérieurs. Ces cervicalgies se compliquent aussi fréquemment de céphalées. La patiente avait aussi souffert d'autres douleurs, notamment au niveau lombaire, compliquées de sciatalgies, mais ces douleurs avaient un caractère moins permanent et étaient mieux gérées par la patiente dans sa vie quotidienne. Les cervicalgies restent donc la première cause du handicap physique de la patiente. Selon ce médecin, elles sont en relation avec les discopathies cervicales avec hernies discales mises en évidence sur les examens d'IRM. L'examen clinique ne met certes pas en évidence de déficit neurologique objectif qui prouverait la souffrance des racines nerveuses, mais le médecin reste persuadé que le syndrome douloureux est bien lié à ces hernies discales. En raison de ces cervicalgies, la patiente est incapable de faire des efforts des membres supérieurs, de garder les membres supérieurs en position élevée et de reprendre une activité de femme de chambre, même à temps partiel.
14. Par courrier du 11 mars 2010, l'OAI a sollicité auprès de l'assurée tous les documents permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation. A défaut, il se verrait contraint de statuer en l'état du dossier et de décider de ne pas entrer en matière.

15. L'assurée n'a pas donné suite à ce courrier.
16. Par projet de décision du 15 avril 2010, l'OAI a informé l'assurée de son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il a rappelé que le Tribunal fédéral avait rejeté, par arrêt du 4 décembre 2009, le recours formé contre le jugement du Tribunal de céans du 27 janvier 2009, lequel avait confirmé le bien fondé de la décision de suppression de rente d'invalidité du 24 juillet 2008. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si l'assurée rendait plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Avec sa nouvelle demande, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle. C'est pourquoi, une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible.
17. Par décision du 31 mai 2010, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.
18. Par acte du 5 juillet 2010, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant principalement à son annulation et subsidiairement à l'audition du Dr N\_\_\_\_\_ et à la mise en œuvre d'une expertise médicale. La recourante explique que les hernies discales C4-C5 et C5-C6, mises en évidence par imagerie en 2006, ont par la suite commencé à provoquer des cervicalgies et par voie de conséquence un syndrome douloureux d'une telle intensité qu'elle est fortement handicapée dans l'usage des membres supérieurs, comme l'a constaté le Dr N\_\_\_\_\_ (rapport du 8 janvier 2010). Cette détérioration neurologique résultant des hernies cervicales, constitue à l'évidence une constatation de fait nouvelle dont il est essentiel de tenir compte puisqu'elle diminue notablement sa capacité de travail. Elle ajoute qu'une intervention chirurgicale a été formellement contre-indiquée par le Dr T\_\_\_\_\_, neurochirurgien. Enfin, la recourante produit un rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2010.
19. Par réponse du 3 août 2010, l'OAI conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Il se réfère en outre à un avis du SMR du 28 juillet 2010, établi par la Dresse U\_\_\_\_\_, annexé à sa réponse. Il en résulte que le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ contient les mêmes conclusions que celles de ses précédents rapports. Il n'apporte aucun élément nouveau puisqu'il n'y a aucun status clinique objectif détaillé. Or, l'expertise du CEMED avait démontré que la recourante ne présentait plus de maladie psychique incapacitante, mais tout au plus une dysthymie n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail. S'agissant du rapport du Dr N\_\_\_\_\_, celui-ci mentionne essentiellement des plaintes douloureuses qui n'ont pas de traduction clinique au niveau du status neurologique. Il ne met donc pas en évidence d'aggravation objective de l'état de santé somatique de l'assurée. Les deux médecins n'apportent ainsi pas la preuve d'une aggravation objective de l'état de santé, ils relatent les mêmes plaintes déjà connues.

20. Par réplique du 28 août 2010, la recourante rappelle que si en 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ ne prévoyait alors pas de consultation en neurochirurgie, tel n'avait pas été le cas par la suite, puisqu'il l'avait orientée vers le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. Il convenait par conséquent de connaître les conclusions de ce médecin ainsi que celles du Dr N\_\_\_\_\_.
21. Par pli du 13 septembre 2010, la recourante a versé à la procédure un rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2008, ainsi qu'un rapport du 11 octobre 2010 du Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. Selon le Dr T\_\_\_\_\_, qui a examiné la recourante le 6 octobre 2008, un traitement non agressif était adéquat pour des douleurs qui étaient vraiment trop diffuses, non ciblées, en partie musculaires, peu mécaniques et vraiment mal systématisées de toute la région cervicale, scapulo-humérale, voire dorsale. Il n'y avait aucun signe clinique de conflit radicaire. Le Dr W\_\_\_\_\_, a quant à lui retenu, suite à une consultation du 30 septembre 2010, qu'il n'y a pas de grosse contracture musculaire para-cervicale, ni de signe de compression radicaire, ni de déficit neurologique. Il ajoute que l'IRM du 18 septembre 2008 montre une discrète progression des troubles dégénératifs par rapport à l'examen de 2006. Sur la base de ces rapports, la recourante fait valoir que les syndromes douloureux dont elle souffre ne sont pas compatibles avec l'activité de femme de chambre.
22. Par écriture du 19 octobre 2010, l'intimé maintient ses conclusions. Il produit l'avis de la Dresse U\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010, selon lequel ni le Dr T\_\_\_\_\_, ni le Dr W\_\_\_\_\_ ne font état d'une aggravation objective somatique de l'état de santé de la recourante.
23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Est litigieux le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

4. a) Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour

déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué.

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

c) Enfin, lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

5. En l'espèce, il sied de comparer la situation prévalant lors de la décision du 24 juillet 2008 et celle lors de la décision litigieuse du 31 mai 2010, confirmant le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations datée du 2 mars 2010.

Dans sa décision du 24 juillet 2008 - confirmée le 27 janvier 2009 par le Tribunal de céans (ATAS/76/2009) et le 4 décembre 2009 par le Tribunal fédéral (9C\_212/2009) - , l'intimé a supprimé le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

Cette décision était essentiellement fondée sur le rapport rhumato-psychiatrique établi en novembre et décembre 2007 par les médecins spécialistes auprès du CEMED, lesquels n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Celle-ci présentait alors une dysthymie, une fibromyalgie (2002), des discopathies sous forme de hernie discale C4-C5 et C5-C6 (2006), des troubles statiques du rachis et des séquelles de maladie de Scheuermann (radiologiquement modérés) et une surcharge pondérale. Sur le plan somatique, il

n'y avait pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. Dans un rapport complémentaire d'avril 2008, l'expert rhumatologue, le Dr Q \_\_\_\_\_, a relevé que la présence de deux hernies discales cervicales à l'IRM de 2006 ne jouait pas de rôle prépondérant dans la symptomatologie présentée par la recourante et qu'elles n'avaient pas de répercussion fonctionnelle significative. On pouvait considérer que l'activité de femme de chambre était adaptée aux problèmes médicaux somatiques et donc que la capacité de travail était entière. Sur le plan psychique, au plus tard fin 2005, la situation s'était améliorée et avait atteint le niveau de dysthymie, de sorte qu'il n'y avait aucune incapacité de travail à retenir. L'intimé s'est également fondé sur l'avis du SMR du 18 juillet 2008 qui avait estimé que les conclusions des experts du CEMED devaient être suivies contrairement à celles du Dr O \_\_\_\_\_ et du Dr N \_\_\_\_\_.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations datée du 2 mars 2010, la recourante fait valoir, en se référant à un rapport du Dr N \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2010, une détérioration de la symptomatologie dont elle souffre.

Dans son rapport du 8 janvier 2010, le Dr N \_\_\_\_\_ a attesté qu'au cours de l'année 2009, la situation clinique de sa patiente ne s'est pas améliorée : le syndrome douloureux persiste, dominé principalement par des cervicalgies ; la patiente décrivant des blocages cervicaux très douloureux qui s'accompagnent souvent d'irradiations douloureuses dans les deux épaules et dans les deux membres supérieurs. La patiente avait aussi souffert d'autres douleurs, notamment au niveau lombaire, compliquées de sciatalgies, mais ces douleurs avaient un caractère moins permanent et étaient mieux gérées par la patiente dans sa vie quotidienne. Les cervicalgies restent donc la première cause du handicap physique de la patiente. Selon ce médecin, elles sont en relation avec les discopathies cervicales avec hernies discales mises en évidence sur les examens d'IRM. L'examen clinique ne met certes pas en évidence de déficit neurologique objectif qui prouverait la souffrance des racines nerveuses, mais le médecin reste persuadé que le syndrome douloureux est bien lié à ces hernies discales.

A la lecture de ce rapport, force est de constater que le Dr N \_\_\_\_\_ ne fait aucunement état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante : celle-ci présente les mêmes atteintes que celles constatées en 2007 par les experts du CEMED, à savoir des cervicalgies, des troubles statiques du rachis et des discopathies sous forme de hernies discales. Ces médecins avaient en outre déjà relevé les douleurs aux membres supérieurs, l'absence de signe d'irritation radiculaire et de déficit neurologique à ce niveau-là, et le fait que, contrairement à ce que pense le Dr N \_\_\_\_\_, les hernies discales ne jouent aucun rôle clinique pertinent dans la symptomatologie présentée par la recourante.

Dans le cadre de son recours, la recourante invoque une détérioration neurologique. Cela étant, ni le Dr N \_\_\_\_\_, ni les médecins spécialisés en neurochirurgie,

n'ont constaté une telle atteinte. Au contraire, l'examen neurologique ne montre ni déficit moteur ni déficit spécifique (rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2008, rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2010, rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2010).

Le seul élément de fait nouveau, qui n'est pas invoqué par la recourante mais qui ressort de la lecture des pièces du dossier, est la découverte d'une nouvelle hernie discale cervicale en C6-C7 révélée par une IRM effectuée le 18 septembre 2008, soit postérieurement à la notification de la décision de suppression du droit à la rente (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 23 février 2009, pièce 118 page 9 chargé intimé). Cela étant, aucun rapport médical ne permet de retenir que la présence de cette troisième hernie ait péjoré l'état de santé de la recourante : le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré que l'IRM de 2008 ne montrait qu'une discrète progression des troubles dégénératifs par rapport à l'examen de 2006 (rapport du 11 octobre 2010) et le Dr T\_\_\_\_\_ - médecin qui examiné la recourante suite à la découverte de cette nouvelle hernie - a noté l'absence de signe clinique de conflit radiculaire (rapport du 8 octobre 2008).

Enfin, dans le cadre de la présente procédure, la recourante produit un rapport du Dr O\_\_\_\_\_ contenant les mêmes conclusions que celles découlant de ses rapports antérieurs. Il ne fait ainsi état d'aucune aggravation de l'état de santé psychique de la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible que son état se serait modifié ou péjoré depuis le 24 juillet 2008 de manière à influencer ses droits.

C'est ainsi avec raison que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

Au demeurant, la recourante n'invoque aucun fait ou moyen de preuve nouveau et important existant déjà lors de la décision de suppression du 24 juillet 2008, mais n'ayant pas pu être produit auparavant, ce qui expliquerait la référence faite par son conseil à l'art. 53 LPGA.

6. Le recours sera ainsi rejeté.
7. L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice.

Tel ne sera pas le cas en espèce, le recours ayant été interjeté contre une décision de non entrée en matière, et non d'octroi ou de refus de prestations.



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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