

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2982/2006

ATAS/52/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 18 janvier 2007

En la cause

Madame P _____, domiciliée , MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Patrick BLASER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame P _____, née le 1945, arrivée en Suisse en 1963, a travaillé comme aide-cuisinière à X _____ du 27 octobre 1986 au 31 août 2001. Son revenu mensuel s'élevait à 2'710 fr. pour un horaire de six heures et demie de travail, quatre jours par semaine (soit vingt-six heures par semaine).
2. Suite à des hernies C5-C6 et C6-C7 importantes avec compression médullaire, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler à compter du 15 novembre 2000. Le Dr. A _____, spécialiste FMH en neurologie, a en effet diagnostiqué, dans un courrier adressé le 13 novembre 2000 au Dr B _____, médecin-traitant, deux grandes hernies discales cervicales médianes en C5-C6 et C6-C7 avec hyperreflexie généralisée et Babinski à tendance en extension à droite. Le médecin a exclu tout signe clinique en faveur d'une radiculopathie. En revanche, il a indiqué qu'il existait des signes cliniques en faveur d'une myélopathie cervicale. Il a conclu que l'atteinte restait uniquement irritative sans signe lésionnel médullaire ni radiculaire mais que vu l'importance des deux hernies discales, un suivi neurologique était nécessaire.
3. Le 27 février 2001, l'assurée a subi une intervention pour cure de hernie discale avec stabilisation antérieure de C5 à C7. N'ayant cependant pu reprendre son travail, l'assurée a finalement été licenciée par son employeur.
4. Le 4 juin 2001, elle a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande de prestations visant à l'octroi d'une rente.
5. D'un rapport médical établi le 20 août 2001 par le Dr. B _____, spécialiste FMH en médecine interne, il ressort que l'assurée a souffert pendant trois ans de cervico-brachialgies qui ont progressivement augmenté, qu'un syndrome médullaire s'est installé à la fin de l'année 2000 et a eu pour conséquence un arrêt de travail puis une intervention chirurgicale. Le médecin a émis l'opinion que sa patiente ne pourrait plus travailler et a indiqué que la récupération fonctionnelle était encore incomplète mais satisfaisante. Il s'est déclaré dans l'incapacité de citer d'autres professions qui seraient adaptées à son état de santé.
6. Une expertise rhumatologique a été demandée par l'OCAI au Dr. C _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Ce dernier a rendu son rapport en date du 29 octobre 2002 après avoir procédé à l'examen de l'assurée, de son dossier et des rapports de radiologie.

Il ressort de l'anamnèse que des douleurs fluctuantes de la nuque sont apparues aux alentours de 1996-1997, compliquées par des irradiations douloureuses au membre supérieur gauche et des sensations d'endormissement. Ces symptômes sont

survenus dans le cadre du travail d'aide-cuisinière dans un restaurant scolaire, activité qui imposait de préparer les tables, de les débarrasser, de préparer des mets et de transporter des marchandises, ce qui avait pour conséquence le port de charges d'environ dix kilos plusieurs fois par jour (piles d'assiettes et sacs alimentaires). La patiente n'a pas consulté de médecin immédiatement, se contentant de prendre des médicaments antalgiques en fonction de ses douleurs. Les symptômes se sont par la suite compliqués de douleurs de la mâchoire et de l'hémiface gauche que la patiente pensait secondaires à des problèmes dentaires. Elle a consulté pour cela différents dentistes en Suisse, en France et en Espagne, sans amélioration de la symptomatologie. Les douleurs se sont aggravées à la fin de l'année 1998, raison pour laquelle l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr B _____, qui a initié un traitement conservateur allant de la physiothérapie et des antalgiques sans amélioration des symptômes. Seule la prescription d'une collerette mousse durant l'activité professionnelle a permis une amélioration.

Les douleurs ont continué à aller en fluctuant avec des douleurs cervicales irradiant de façon intermittente dans le membre supérieur gauche, associées à des paresthésies ressenties comme des fourmillements prédominant au niveau des troisième et quatrième doigts de la main gauche. Une IRM cervicale a été pratiquée au mois de septembre 2000 qui a révélé la présence d'une double hernie discale en C4-C5 et C6-C7. Le médecin traitant a alors adressé la patiente au service de neurochirurgie de ("établissement hospitalier") où a été mise en évidence une hyperreflexie généralisée avec un Babinski à tendance en extension à droite.

Le Dr M. A _____, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à un bilan neurologique avec ENMG afin de décider d'une éventuelle intervention. Il a conclu à l'absence de signes cliniques et a postulé une atteinte uniquement irritative, sans signes lésionnels médullaires ni radiculaires.

La patiente a bénéficié d'une cure de hernie discale avec spondylodèse par plaque antérieure de C5 à C7 le 27 février 2001. L'intervention chirurgicale s'est déroulée sans complications particulières et a été suivie d'une semaine d'hospitalisation puis d'une convalescence et d'un retour au domicile trois semaines plus tard. Une minerve rigide cervicale a été portée durant trois mois, puis la patiente a bénéficié d'une prise en charge de rééducation sous forme de dix séances de physiothérapie qui ont été terminées avant l'été 2001.

Selon la patiente, l'intervention chirurgicale a permis de faire disparaître les douleurs au membre supérieur gauche et d'améliorer les douleurs de la nuque. A cependant persisté une gêne au niveau de la mandibule et de l'hémiface gauche sous forme de paresthésies, d'impression de "chevauchement des nerfs au niveau de la gorge et du visage", sans altération de la force ou trouble de la mobilité. Les symptômes sont restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise.

Au moment de l'expertise, la patiente se plaignait donc d'une gêne au niveau du cou et de l'hémiface gauche sous la forme de paresthésie ressentie "comme si une ficelle lui sortait du cou et du visage" et une sensation intermittente d'induration de la musculature du cou. Elle n'avait pas de douleurs spécifiques de la nuque pour autant que sa colonne cervicale ne soit pas sollicitée dans des mouvements répétitifs. Il en allait de même pour le membre supérieur gauche. Les symptômes étaient plutôt ressentis comme des tiraillements intermittents, parfois même insomnians. La position assise était tolérée environ deux heures. Au-delà, la patiente devait appuyer sa tête au siège. La position debout était mal supportée, surtout en raison d'une fatigue généralisée survenant après environ quinze minutes. La fatigue faisait aussi partie de la symptomatologie et prédominait déjà avant l'intervention chirurgicale. Elle serait devenue plus importante par la suite. La marche ne provoquait pas de douleurs particulières.

L'expert a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches chroniques non déficitaires et de statut après cure de hernie discale C5-C6 et C6-C7 et stabilisation antérieure par plaque de ces mêmes niveaux le 27 février 2001.

Du point de vue rhumatologique, l'expert a relevé que l'intervention chirurgicale avait permis la disparition des symptômes irritatifs aux membres supérieurs gauches et une large diminution de la symptomatologie cervicale mais qu'avaient cependant persisté des paresthésies de l'hémiface gauche et du menton. Selon l'expert, l'examen clinique était rassurant, à l'exclusion d'une discrète limitation de la mobilité cervicale prédominante en flexion extension avec une distance menton sternum de 8 à 19 cm, cette sollicitation entraînant une résistance musculaire active de la patiente en raison des douleurs cervicales provoquées par cette manœuvre au-delà de cette amplitude. L'examen radiologique a révélé un matériel en place, une bonne fusion des segments opérés, un trouble statique sous la forme d'une disparition de la lordose lombaire cervicale inférieure sans autre lésion osseuse visualisée. La patiente a mis spontanément en avant dans ses indications subjectives une fatigue chronique présente depuis de nombreuses années et majorée depuis son intervention chirurgicale.

L'expert a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50% (50% de rendement sur un plein temps) dans son ancienne activité d'aide-cuisinière et à 85% dans une activité légère n'impliquant pas le port de charge de plus de 15 kilos, évitant les mouvements répétitifs de la colonne cervicale essentiellement en flexion-extension. Il a ajouté que les possibilités d'une reconversion professionnelle paraissaient illusoires compte tenu du manque de qualifications professionnelles et de la méconnaissance du français de l'assurée. L'expert a par ailleurs réservé son pronostic, compte tenu de l'absence de désir de la patiente de reprendre une activité professionnelle quelconque. Elle invoque en effet une récurrence des cervicalgies dès la moindre mobilisation cervicale soutenue.

7. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a examiné le dossier compte tenu des indications du Dr C _____. Dans un rapport daté du 27 juin 2003, elle a préconisé un stage d'observation professionnelle pour une durée de quatre semaines, renouvelable, du 6 octobre au 2 novembre 2003.
8. Le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a rendu son rapport le 13 novembre 2003. La mesure d'observation professionnelle, débutée le 6 octobre 2003, a été interrompue le 23 octobre 2003 sur avis médical. Le CIP a conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assurée dans le circuit économique ordinaire en raison de ses limitations physiques qui ont pour conséquence l'impossibilité d'effectuer des mouvements en amplitude et en hauteur avec les membres supérieurs, de maintenir les positions debout et assise penchée ou de porter des charges. A aussi été observée une importante raideur dorsale qui limite les mouvements ainsi qu'une faible résistance. Quant aux capacités d'apprentissage et d'adaptation de l'assurée, le CIP a estimé qu'elles ne lui permettraient d'envisager qu'un emploi manuel, ce qui n'est pas compatible avec ses atteintes physiques.

Le Dr. D _____ a précisé que le stage avait été interrompu en raison d'une réapparition des symptômes neurologiques et articulaires du bras gauche et qu'une activité, même légère, paraissait incompatible avec l'état de santé de l'assurée. Il a réservé son pronostic, tout en indiquant qu'il faudrait sans doute conclure à une incapacité de travail définitive. A cet égard, il a conseillé de se référer à l'avis du Dr B _____, médecin traitant.

9. La division de réadaptation professionnelle, dans un rapport du 17 novembre 2003, a conclu à une incapacité de travail de 100%.
10. Il a en outre été procédé à une enquête économique sur le ménage en date du 27 novembre 2003. Il en ressort qu'après avoir suivi la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 12 ans, l'assurée est restée sans activité jusqu'en 1963, date de son arrivée en Suisse. Elle a tout d'abord travaillé comme femme de ménage dans une pension d'étudiants à plein temps, durant un an, puis comme employée de maison chez un particulier, où elle s'occupait du ménage et d'un enfant âgé de trois ans. Après huit mois, elle a repris une activité d'employée de maison chez un particulier à plein temps. Elle a conservé ce poste durant 5 à 6 ans, jusqu'au moment où elle s'est mariée. Elle a ensuite travaillé comme blanchisseuse à l'hôtel Intercontinental. A la naissance de sa fille en 1973, elle a cessé toute activité. En 1976, elle a repris un travail de cuisinière au foyer Saint-Vincent à plein temps. Après une période de chômage d'un à deux mois, elle a retrouvé un poste d'aide cuisinière à mi-temps aux cuisines scolaires de l'école des Cropettes puis un emploi d'aide-cuisinière aux cuisines scolaires des Eaux-Vives. Son horaire était de 6h30 par jour, quatre jours par semaine. Depuis 1981, elle s'occupait en outre de la conciergerie de quatre immeubles dont elle entretenait les escaliers, l'ascenseur, la cave, la chambre à lessive. Elle a cessé cette activité en 1992 car son mari ne pouvait plus l'aider. Ce

travail de conciergerie l'occupait environ quinze heures par semaine. L'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative comme aide-cuisinière à 65%, ceci pour des raisons financières et parce qu'elle appréciait son travail. Son mari est bénéficiaire d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis 1996 (2370 fr. par mois). S'y ajoute une rente du 2^{ème} pilier (2'149 fr. par mois).

De l'enquête sur le ménage, il ressort ce qui suit :

	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage L'assurée explique qu'avec l'âge, elle perd la mémoire et doit noter ce qu'elle doit faire sur un papier. Depuis son atteinte à la santé, elle s'organise différemment car elle est ralentie, par exemple si un jour elle fait les courses, tout de suite après, elle n'entreprend rien d'autre. Elle attend le lendemain.	5 %	0 %	0 %
Alimentation L'assurée prend plus de temps pour préparer ses repas. Elle les a aussi simplifiés. Elle achète plus de surgelés et fait plutôt des pâtes et de la viande. Avant, elle préparait par exemple des lasagnes qu'elle faisait maison. En préparant les repas, elle s'assied puis se lève pour se détendre puis reprend et ainsi de suite. Elle peut mettre et débarrasser la table et faire la vaisselle. Pour l'entretien courant de la cuisine, si certains jours c'est difficile, elle reprend le lendemain et quand cela va mieux. Elle n'arrive plus à nettoyer son four. Elle a donc mis du papier d'aluminium de chaque côté et à l'intérieur ce qui limite le besoin d'entretenir son four. De même, sur le plan de travail, elle a recouvert de plastique divers ustensiles pour avoir moins à les nettoyer. Avant, elle recevait une fois par mois quatre convives à la maison mais depuis sa maladie, elle n'en a plus envie et se sent trop fatiguée pour assumer des invitations. Ses amis viennent boire un thé à la maison par exemple. Mais elle invite toujours sa famille pour les fêtes et les anniversaires. Elle entretenait ses placards plusieurs fois par année, maintenant elle nettoie ce qui est à sa hauteur et sa fille l'aide pour ce qui est en hauteur ou en bas. Avant, elle était plus perfectionniste pour l'entretien de sa cuisine. Elle déplaçait la cuisinière, le frigo et faisait tout à fond une fois par semaine. Une à deux fois par année, elle nettoyait les murs et le plafond de sa cuisine. Maintenant c'est un ami de son mari qui vient faire le ménage à fond une fois par année.	40 %	10 %	4 %
Entretien du logement : Avant, elle passait la poussière deux à trois fois par semaine. Maintenant, elle ne le fait plus qu'une fois par semaine. Avant elle passait l'aspirateur deux à trois fois par semaine. Maintenant elle a éliminé le tapis qui était dans le corridor et ne passe l'aspirateur qu'une fois par semaine. Avant elle entretenait les			

sols tous les 2 jours avec la brosse à récurer et la panosse. Maintenant elle utilise le balai espagnol, plus léger. Alors qu'elle nettoyait sa baignoire après chaque utilisation, soit deux à trois par semaine, elle ne le fait plus qu'une fois par semaine, en s'agenouillant et en prenant son temps. Les vitres, autrefois entretenues par son mari, qui ne peut plus le faire, le sont désormais par un ami de la famille. Pour changer la literie, l'assurée fait appel à l'aide de son mari	20 %	30 %	6 %
Emplettes et courses diverses : C'est son mari qui s'est toujours occupé des services officiels. Avant, elle allait avec lui une fois par semaine faire les grandes courses en voiture. Elle faisait toute seule les courses d'appoint. Maintenant elle fait toutes les courses avec son mari. C'est lui qui tire le caddie. Elle peut porter un sac léger ou de petites choses. Les pacs de boissons sont transportés par un ami de son mari	10 %	30 %	3 %
Lessive et entretien des vêtements : La corbeille à linge est portée de chaque côté par elle-même et son mari. Ce dernier l'aide également à suspendre le linge. Elle repasse les pièces principales et essaie d'acheter des matières qui n'ont pas besoin d'être repassées. Elle ne repasse plus les draps et a éliminé les nappes en tissu. Alors qu'elle pouvait auparavant repasser deux heures d'affilée sans problème, elle ne peut à présent le faire qu'au maximum $\frac{3}{4}$ d'heure. Elle peut coudre un bouton mais en revanche ne peut faire un ourlet.	20 %	30 %	6 %
Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille :	0 %	0 %	0 %
Divers : L'assurée indique qu'elle n'a plus de plantes mais qu'elle pourrait s'en occuper.	5 %	0 %	0 %
Total	100 %		19 %

11. La Dresse. E_____, du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (SMR), dans un avis daté du 24 février 2004, a estimé que contrairement au Dr F_____, elle ne pouvait retenir une incapacité totale et définitive chez l'assurée, car la capacité de travail exigible avait été évaluée lors d'une expertise rhumatologique laquelle devait primer l'évaluation faite lors du stage, au demeurant incomplet. En effet, la capacité de travail exigible se détermine en fonction des constatations objectives, tant cliniques que radiologiques, et non sur les éléments subjectifs qui ont été relevés lors du rapport de stage. La Dresse E_____ a estimé que le D_____ n'avait apporté aucun élément nouveau ni mentionné d'aggravation objective de l'atteinte à la santé. En conséquence, elle a estimé la capacité de travail exigible dans l'activité lucrative à 50% dans l'activité habituelle et à 85% dans une

activité adaptée, rejoignant en cela les conclusions du Dr C_____. Elle a retenu par ailleurs comme incapacité d'exercer les tâches ménagères, le taux de 19% ressortant de l'enquête ménagère. La Dresse E_____ a estimé qu'il existait certainement des facteurs externes (familiaux, bénéfice secondaire) pour expliquer l'arrêt du stage d'évaluation professionnelle et que ces facteurs extra-médicaux ne sauraient justifier une atteinte à la santé totalement invalidante.

12. Par décision du 18 mars 2004, l'OCAI a retenu que l'assurée consacrait 65% de son temps à une activité professionnelle et 35% aux tâches ménagères et que dans la sphère professionnelle, elle pourrait encore exercer une activité légère à 85% ce qui lui permettrait de réaliser un salaire de 30'660 fr. qui, comparé au salaire qu'elle réalisait comme aide-cuisinière (34'359 fr.) conduisait à un taux d'invalidité de 10,8%. Dans l'activité ménagère, le taux d'invalidité a été fixé à 20%. Le taux d'invalidité global a ainsi été fixé à 14%, soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.
13. Le 6 mai 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 18 mars 2004, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, subsidiairement d'une rente d'invalidité partielle. Elle a contesté pouvoir reprendre son activité d'aide-cuisinière dans la mesure où elle n'a pas la capacité physique de porter ou de déplacer des charges, d'incliner le buste ou de rester plus d'une heure debout. Elle a allégué qu'elle ne pouvait pas même faire son propre ménage et que les efforts physiques lui occasionnaient immédiatement des douleurs. Elle a rappelé par ailleurs être âgée de 60 ans et de bénéficier d'aucune formation.
14. Par courrier du 9 juin 2004, l'OCAI a contacté le conseil de l'assurée qui lui a fait remarquer que l'opposition, déposée le 6 mai 2004, était tardive, dans la mesure où la décision du 18 mars 2004 avait été notifiée le même jour et était parvenue à l'assurée le 19 mars 2004. Un délai de 15 jours lui a été imparti pour produire toute indication ou moyen de preuve utile. Ce délai a été prolongé au 20 août 2004.
15. Par téléphone du 14 juin 2004, le conseil de l'assurée a indiqué que sa mandante lui avait indiqué avoir reçu la décision le 23 mars.
16. Par décision sur opposition du 31 août 2004, l'OCAI a constaté que l'opposition formée le 6 mai 2004 contre sa décision du 19 mars 2004, notifiée le 23 mars 2004 était irrecevable.
17. Par courrier du 11 octobre 2004, le conseil de l'assurée a déposé une demande de révision de la décision du 18 mars 2004 en invoquant des faits nouveaux. L'assurée fait valoir que son état de santé s'est encore aggravé depuis la décision du 18 mars 2004. En effet, ses céphalées et nuchalgies ont augmenté et il y a également eu diminution de force de sa main gauche, ce qui ne lui permet plus désormais

d'avoir une activité lucrative, même légère. Elle invoque à l'appui de ses dires un rapport médical établi par le Dr B _____ en date du 20 septembre 2004.

18. Ce rapport est établi en ces termes :

"J'ai revu aujourd'hui cette patiente à ma consultation. Elle se plaignait de sensations vertigineuses, d'une augmentation de ses céphalées et de ses nuchalgies et de l'apparition très récente d'une diminution de force de la main gauche, non constante. A l'examen clinique, les status ostéo-articulaires et neurologiques montraient la persistance d'un syndrome cervical gauche algique. Je n'ai pas trouvé de déficit moteur au niveau de la main mais une diminution de la force du triceps. Je retrouve par ailleurs les éléments du syndrome médullaire connu, sous forme d'une très nette hyperreflexie aux membres supérieurs et inférieurs. En conclusion, je dirai que l'état de santé de Madame P _____ s'est dégradé depuis l'automne dernier. Il est à mon avis hors de question qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle. Je lui ai conseillé de retourner à l'office de l'AI et de demander que l'on veuille bien reconsidérer son cas".

19. Par courrier du 21 octobre 2004, l'OCAI a fait remarquer à l'assurée que sa demande de révision devait établir de manière plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits. Il lui a demandé de lui faire parvenir d'ici au 9 novembre 2004 tout document utile (exemple : certificats médicaux circonstanciés, rapports médicaux récents détaillant l'aggravation de l'état de santé, copies des IRM, rapports radiologiques, rapports d'hospitalisation récents, etc.). Ce délai a été prolongé au 30 novembre 2004.

20. A cette date, l'assurée a produit un rapport suivant un examen IRM de la colonne cervicale pratiqué le 5 novembre 2004 par le Dr. G _____, concluant à un status après spondylodèse de C5 à C7 avec fusion des corps vertébraux C5-C6 et C6-C7. Il a été indiqué que le matériel d'ostéosynthèse engendrait la présence d'artéfacts de type métallique modéré. A été mentionnée une calcification ou ostéophyte postérieur médiant faisant une empreinte sur la partie ventrale du sac dural s'étendant du corps de C5 à la partie supérieure de C7, faisant une empreinte modérée sur la partie ventrale du sac dural, déformant le cordon médullaire, sans signe de myélopathie. Aucune hernie discale n'a été constatée.

21. A également été produit un certificat médical établi le 29 novembre 2004 par le Dr B _____ dont il ressort que ce dernier a revu la patiente le 2 novembre, que ses plaintes étaient toujours les mêmes : des cervico-brachialgies irradiant dans le bras gauche sans symptôme de déficit moteur. La patiente lui a dit ne plus arriver à dormir malgré le port de sa minerve. L'imagerie ne montre pas de nouvelle hernie mais des empreintes sur le sac dural de C5 à C7. Le Dr B _____ a émis l'avis que cette patiente, bien que délivrée de sa sténose cervicale, continuait à souffrir de

cervico-brachialgies gauches importantes évoluant par poussées, parfois très douloureuses, invalidantes, malgré un traitement médical approprié et qu'il n'était pas raisonnable de lui demander de retravailler.

22. A également été produit un rapport du Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, établi le 22 novembre 2004, dont il ressort que l'examen ENMG des membres supérieurs est dans les limites de la norme et qu'en particulier, il ne révèle pas de signe en faveur d'une neuropathie des nerfs médians ni cubitaux ni de signe en faveur d'une dénervation dans les muscles examinés. Il a été relevé que la normalité de l'examen n'excluait pas la possibilité d'une atteinte radiculaire uniquement irritative. Le médecin a conclu que la patiente présentait des cervico-brachialgies gauches suivant un dermatome C8 sans déficit moteur mais avec hypoesthésie relative qui pourrait être la traduction d'une atteinte radiculaire essentiellement irritative et sensitive. Il a précisé que l'examen n'avait pas mis en évidence de signe en faveur d'une atteinte lésionnelle motrice radiculaire ni de signe en faveur d'une neuropathie des nerfs cubitaux ou des nerfs médians.
23. Ces documents ont été soumis à la Dresse E_____, du SMR. Cette dernière, dans un avis datant du 16 décembre 2004, a relevé que le médecin traitant n'avait pas démontré de déficit moteur au niveau de la main mais une légère diminution de la force du triceps, que, par ailleurs, il évoquait des éléments déjà connus - à savoir le syndrome médullaire se manifestant par une très nette hyperéflexie aux membres supérieurs et inférieurs -, que le Dr A_____, n'avait quant à lui pas retenu de syndrome cervical aigu ni de signe net de parésie d'origine neurogène mais quelques lâchages antalgiques, qu'il avait également décrit une hypoesthésie relative du 5^{ème} doigt, du bord cubital de la main et du bord interne de l'avant-bras et du bras gauche mais que cet état de fait était déjà connu auparavant. L'examen objectif n'avait pas mis en évidence de signes en faveur d'une atteinte lésionnelle motrice radiculaire ou d'une neuropathie des nerfs cubitaux ou médians.

La Dresse E_____ estime que les éléments objectifs retenus par le Dr A_____ étaient déjà connus lors de son précédent examen du 13 novembre 2000 et qu'il n'a pas démontré de péjoration objective de l'état de santé de l'assurée puisqu'il n'y a pas de déficit moteur. L'augmentation des douleurs au niveau de la nuque, des céphalées et la diminution de la force de la main gauche alléguées n'ont donc pas été objectivées par un examen neurologique. Selon la Dresse E_____, l'avis du médecin traitant constitue seulement une appréciation différente, des répercussions d'une atteinte à la santé existantes et reconnues par l'OCAI et non une aggravation objective.

24. Par décision du 19 janvier 2005, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision. Il a estimé que, selon les éléments médicaux apportés, aucun fait nouveau démontrant la péjoration de l'état de santé de l'assurée ne pouvait être retenu.

25. Par courrier du 18 février 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 18 mars 2004, laquelle se fondait sur une expertise datée du 29 octobre 2002 et sur un rapport d'examen daté du 18 novembre 2002. Selon elle, l'augmentation des céphalées et des nuchalgies et la diminution de force de la main gauche ne lui permettent plus d'envisager la moindre activité. Elle se réfère à l'avis de son médecin traitant, le Dr B_____. Elle fait valoir que même si par impossible l'OCAI devait considérer qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail, il est évident que pratiquement, vu son invalidité, son âge et son absence de formation et son handicap linguistique, elle n'est pas en mesure de retrouver du travail. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière.
26. La Dresse E_____ a rendu un nouvel avis le 9 juin 2006, dans lequel elle fait remarquer que dans son opposition, l'assurée n'a fait mention que de l'avis de son médecin traitant, qui repose sur l'aspect subjectif des douleurs et que les arguments invoqués par l'assurée, à savoir son âge, son absence de formation et son handicap linguistique constituent des facteurs extra-médicaux dont l'assurance invalidité n'a pas à répondre.
27. Par décision sur opposition du 13 juin 2006, l'OCAI a confirmé son refus d'entrer en matière. Il a estimé que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification objective notable et durable de son état de santé et fait remarquer qu'il ne s'était d'ailleurs écoulé que très peu de temps entre la date de la décision initiale et le dépôt de la demande de révision.
28. Par courrier du 16 août 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à ce que l'OCAI soit invité à statuer sur sa demande en révision. Elle rappelle qu'à l'appui de sa demande, elle a produit des certificats médicaux émanant des Drs B_____, G_____ et A_____. Il en ressort que même si les hernies discales dont elle souffre n'ont pas empiré d'un point de vue purement clinique, les douleurs qui en résultent ont augmenté en fréquence et en intensité, que de ce fait, son état de santé a été modifié de manière à influencer sur ses droits, qu'il y a dès lors lieu d'admettre qu'elle a établi le caractère plausible de la modification de son invalidité et qu'en conséquence l'OCAI aurait dû entrer en matière sur sa demande en révision.
29. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 23 août 2006, a conclu au rejet du recours.
30. Cette dernière écriture communiquée à la recourante, 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 1^{er} 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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) 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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la demande de révision a été déposée en octobre 2004, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision à la lumière des nouvelles dispositions légales (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.
5. Aux termes de l'art. 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il

importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. Lorsque les prestations ont été refusées 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 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce

contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

7. Le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

8. L'intimé ayant refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, il convient en l'espèce d'examiner si la demande satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

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).

9. En l'espèce, force est de constater que les nouveaux certificats produits par le médecin traitant indiquent qu'il n'y a pas de déficit moteur au niveau de la main mais une légère diminution de la force du triceps, ce qui ne devrait pas avoir d'influence sur la capacité à exercer une activité légère. Par ailleurs, le syndrome médullaire se manifestant par une hyperréflexie aux membres supérieurs et inférieurs est un élément déjà connu de l'intimé lorsqu'il a rendu sa décision de refus de prestations. Quant au Dr A_____, il n'a retenu ni syndrome cervical aigu ni signe net de parésie d'origine neurogène mais quelques lâchages antalgiques. Il a également décrit une hypoesthésie relative du 5ème doigt, du bord cubital de la main et du bord interne de l'avant-bras et du bras gauche mais précisé que cet état de fait était également déjà connu auparavant. L'examen objectif n'a pas mis en évidence de signes en faveur d'une atteinte lésionnelle motrice radiculaire ou d'une neuropathie des nerfs cubitaux ou médians.

L'augmentation des douleurs au niveau de la nuque et des céphalées invoquées par le médecin traitant n'ont donc pas été objectivées par l'examen neurologique. De ce fait, le Tribunal de céans considère que l'avis du médecin traitant ne constitue qu'une appréciation différente des répercussions d'une atteinte à la santé existantes et reconnues par l'OCAI et ne suffit pas à rendre plausible une aggravation objective de l'état de santé de la patiente.

En outre, ainsi que le fait remarquer l'intimé, l'assurée a présenté sa nouvelle demande moins de deux mois après la décision refusant de lui allouer une rente d'invalidité. L'office AI était donc en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations que le laps de temps qui s'était écoulé depuis sa décision antérieure était bref (ATF 109 V 114 consid. 2b; voir aussi ATF 130 V 70 consid. 6.2).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**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. Le rejette.
3. Condamne Madame P_____ à verser un émolument de 200 fr.
4. 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, 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

Janine BOFFI

Karine STECK

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