RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4260/2006 **ATAS/8/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 9 janvier 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée , 1203 GENEVE recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après la recourante), née en 1952, de nationalité italienne, réside en Suisse depuis 1970. Elle a travaillé comme aide-soignante à Genève, de 1971 à 1982. Dès cette date, elle a cessé toute activité lucrative pour se consacrer à son ménage et à son fils.

2. Le 16 février 2001, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), tendant à l'octroi d'une rente.

3. Dans son rapport du 18 juillet 2001, et sur demande de l'OCAI, le Dr A_____, médecin généraliste et médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs, un syndrome du tunnel carpien droit et des céphalées vasculaires. L'incapacité de travail de la recourante était de 100% dès le 1er février 2000. Dans l'annexe au rapport médical, il a précisé que la recourante était médicalement inapte à reprendre une activité d'aide soignante, qu'elle était limitée dans ses tâches ménagères et qu'elle ne pouvait effectuer que des tâches ménagères moyennement lourdes. En effet, elle devait varier de position, elle ne pouvait pas rester en continu plus d'une heure dans la même position. Elle ne pouvait pas se mettre à genoux ou en position accroupie, ni incliner le buste. L'utilisation de ses bras était restreinte. Par conséquent, il lui était impossible de soulever des charges de plus de un ou deux kilos. Il a constaté une diminution du rendement qui était non quantifiable. Par ailleurs, aucune autre activité n'était exigible car elle n'avait aucune formation. Un travail physique et manuel était peut-être envisageable mais il n'était pas compatible avec sa symptomatologie.

4. Par courrier du 20 décembre 2001, le Dr A_____ a informé l'OCAI qu'un carcinome du sein gauche avait été diagnostiqué en octobre 2001, que l'état de santé de la recourante s'aggravait, et qu'une chimiothérapie néo-adjuvante, laquelle serait probablement complétée par la suite par une sanction chirurgicale, allait incessamment débuter.

5. Dans son rapport du 17 novembre 2002, le Dr A_____ a confirmé à l'OCAI qu'il y avait des changements dans les diagnostics posés antérieurement. En effet, un carcinome canalaire invasif du sein gauche avait été diagnostiqué en octobre 2001, il avait été traité par une chimiothérapie jusqu'en avril 2002, puis par exérèse chirurgicale avec curage ganglionnaire le 17 mai, et enfin par radiothérapie. Le médecin a constaté que l'état de santé de la recourante s'aggravait depuis le mois d'octobre 2001. Il a signalé que cette dernière souffrait également d'asthénie, d'un état anxio-dépressif réactionnel, et d'un status post radiothérapie avec inflammation locale. Il a précisé qu'une prise en charge psychiatrique ne s'imposait pas, du moins pour l'instant, compte tenu du contexte et du caractère réactionnel à la survenue de

cette néoplasie. Il a rappelé que la capacité de travail de la recourante en tant que ménagère était de 0% dès le 1er février 2000.

6. Le 18 juin 2003, une enquête économique sur le ménage a été effectuée par Madame SCHENK. L'enquêtrice a établi comme suit la répartition des activités habituelles de l'assurée et la diminution de sa capacité à les exercer pour chaque domaine d'activité:

Travaux	Pondération	Diminution	Invalidité
Conduite du ménage	5%	20%	2.5%
Alimentation	45%	10%	4.5%
Entretien du logement	20%	30%	6%
Emplettes et courses diverses	10%	50%	5%
Lessive et entretien des vêtements	20%	20%	4%
Soins aux enfants	--	--	--
Divers (soins infirmiers, entretien des plantes, etc)	--	--	--
	100%		22%

Il ressort de cette enquête un empêchement de 22% en tant que ménagère à plein temps.

7. Par décision du 16 mars 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que la recourante avait un degré d'invalidité de 22%, et que par conséquent, étant inférieur à 40%, il ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

8. Par courrier du 16 avril 2004, la recourante a formé opposition à la décision du 16 mars 2004. Elle a fait valoir que son état de santé s'était aggravé. Elle a indiqué qu'un rapport médical détaillé allait suivre.

9. Le Dr A_____ a établi un certificat médical en date du 22 août 2004, dans lequel il mentionne que l'état de santé de la recourante s'est altéré en raison des effets secondaires induits par le traitement médicamenteux qui doit être poursuivi pendant encore deux ans et demi au moins. Selon ce médecin, "ces effets secondaires sont avant tout de type digestif avec nausées et vomissements occasionnels, respiratoires avec une toux irritative peut-être post-actinique, et généraux associant sudations profuses, céphalées, prise pondérale et asthénie". Il a

conclu que le diagnostic oncologique et la mauvaise tolérance du traitement médicamenteux généraient un état anxio-dépressif non négligeable.

10. Par écriture complémentaire du 30 août 2004, la recourante a confirmé son opposition et a affirmé que son état de santé s'était altéré entre l'enquête ménagère et la décision du 16 mars 2004. Elle a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère afin d'instruire les répercussions de cette aggravation.

11. En date du 28 décembre 2004, la recourante a remis à l'OCAI en complément, d'une part, copie du courrier du 7 décembre 2004 du Dr B_____, oncologue médical du Service de gynécologie des "établissement hospitalier", dans lequel il résume le problème oncologique qui la concerne. Ce médecin a constaté qu'à l'examen clinique, qui a été effectué le 30 novembre 2004, il n'y avait pas de signe clinique en faveur d'une récidive loco-régionale ou à distance du cancer du sein gauche. D'autre part, la recourante a communiqué également à l'OCAI le courrier du 23 décembre 2004 du Dr A_____. Dans ce courrier, il a constaté que la décision de l'OCAI de ne pas entrer en matière reposait sur l'enquête ménagère effectuée en juin 2003. Par ailleurs, il a indiqué que les plaintes actuelles et les répercussions fonctionnelles étaient de nature avant tout subjective et difficilement quantifiables sans mise à l'épreuve, et que depuis son certificat du mois d'août 2004, l'état de santé de la recourante restait fragilisé avant tout par les effets secondaires induits par le traitement hormonal de sa pathologie gynécologique, par les douleurs ostéoarticulaires d'intensité fluctuante, et par un état anxio-dépressif peut-être augmenté par la procédure administrative en cours. Il a retenu que du point de vue objectif ces six derniers mois la recourante l'avait consulté à trois reprises uniquement, qu'une intervention chirurgicale était programmée pour début février 2005 en dermatologie en raison de récidive de lésions kystiques des deux creux axillaires. L'état psychique lui paraissait au dernier contrôle du 20 décembre 2004 quelque peu aggravé. Il a confirmé que la recourante tolérait mal son traitement. Il a conclu que si l'OCAI acceptait une nouvelle entrée en matière, une expertise devrait être effectuée.

12. Par décision sur opposition du 15 juillet 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 16 mars 2004, au motif que l'enquête économique avait pleine valeur probante et que la recourante ne présentait aucune aggravation objective de son état de santé depuis l'établissement du rapport d'enquête. Le degré d'invalidité étant de 22% dans le ménage, la décision de refus de rente d'invalidité a donc été confirmée.

13. Par courrier du 14 septembre 2005, la recourante a interjeté recours contre la décision sur opposition du 15 juillet 2005 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après Tribunal). Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 15 juillet 2005, et suite à cela de constater qu'elle avait droit à des prestations calculées sur la base d'une incapacité totale de travail. Elle a insisté sur le fait que son état de santé s'était détérioré après l'enquête

ménagère effectuée en juin 2003. Elle a sollicité au préalable que le Tribunal ordonne la mise sur pied d'une expertise médicale afin d'évaluer son état de santé actuel et de fixer son incapacité de travail.

14. Dans sa réponse du 8 novembre 2005, l'OCAI n'a pas formulé d'observations et a conclu au rejet du recours.

15. Par arrêt du 21 mars 2006 (ATAS/278/2006), le Tribunal de céans a rejeté le recours au motif que l'aggravation que la recourante alléguait n'influençait pas le taux d'invalidité retenu par l'OCAI de manière considérable. Dans les considérants de son arrêt, le Tribunal a relevé que "si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail soit en aménageant des pauses soit en repoussant les travaux peu urgents et qu'elle recourt dans une mesure habituelle à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut dans le cadre d'un horaire normal accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin dans une mesure importante de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable dans la même situation et les mêmes circonstances si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (arrêt non publié C. du 8 novembre 1993 I 407/92, arrêt S. du 11 août 2003 I 681/02). (…)

    Le Tribunal de céans considère que le taux d'empêchement de 6% dont l'enquêtrice a tenu compte n'est pas critiquable, (…)."

    Par ailleurs, le Tribunal a examiné également l'aggravation de son état de santé, intervenue depuis l'enquête réalisée en juin 2003. La recourante indiquait en particulier que les effets secondaires provoqués par le traitement médicamenteux, mal supporté, étaient apparus après l'enquête ménagère et n'avaient de ce fait pas été pris en considération par l'OCAI.

    Le Tribunal a relevé, à ce propos, que "les effets secondaires induits par le traitement médicamenteux dont se plaint l'assurée, même s'ils altèrent indéniablement l'état de santé, ne sauraient l'empêcher d'accomplir ses tâches ménagères, dans la mesure reconnue par l'enquête, à son rythme, et en recourant un peu plus encore, le cas échéant, à l'aide des membres de sa famille".

16. En date du 7 juin 2006, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, visant à l'octroi d'une rente ainsi que d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle allègue que son état de santé s'est aggravé depuis sa première demande, et plus particulièrement dès 2005. En effet, elle a un cancer au sein gauche, des hernies discales, qui selon ses médecins ne peuvent pas être

opérées, un kyste cancérigène, des problèmes d'articulations au niveau des bras et des jambes, ainsi qu'une scoliose lombaire.

17. Par courrier du 9 juin 2006, l'OCAI a invité la recourante à lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son droit à la rente.

18. Suite à la demande de l'OCAI, la recourante lui a transmis des rapports médicaux complémentaires, à savoir notamment:

- le rapport du 11 mai 2006 du Dr C_____, radiologue - spécialiste FMH, dans lequel il a conclu à un canal lombaire constitutionnel relativement étroit avec un fourreau dural comprimé à la hauteur de L4-L5 par épaississement des ligaments jaunes, à une protrusion discale circonférentielle en L4-L5, sans image d'hernie, à de multiples herniations intra-spongieuses au niveau des plateaux vertébraux, à une sclérose au niveau des versants iliaques de surcharge, à une aorte abdominale à parois partiellement calcifiées à l'étage sous-rénal, sans dilation anévrysmale. Le médecin n'a pas constaté d'image de métastase osseuse.

- le rapport du 9 juin 2006 de la Dresse D_____, spécialiste FMH, médecine interne - Rhumatologie, dans lequel elle a constaté que la recourante "se plaint toujours de douleurs diffuses, douleurs des mains avec sensation de gonflement et paresthésies des doigts la nuit, douleurs du dos au niveau cervical et surtout lombaires et douleurs dans les membres inférieurs. Les douleurs du dos et des membres inférieurs prédominent la journée et sont augmentées selon les activités. En raison de ces douleurs, elle dit ne pas pouvoir rester longtemps debout, ne pas pouvoir effectuer ses activités ménagères quotidiennes." Par ailleurs, les radiographies de la colonne lombaire effectuées en avril 2006 montrent principalement des troubles statiques sous forme d'une scoliose lombaire et une petite discopathie L4-L5. Le médecin note une calcification discale en D10-D11. Le scanner lombaire indique principalement un canal lombaire étroit relatif ainsi que des arthroses des articulaires postérieures prédominant en L3-L4 et L4-L5. Elle a précisé que la recourante présente probablement un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, car ses douleurs des mains avec impression de tuméfaction et de paresthésies peuvent être mis sur le compte de ce diagnostic. Mais, selon elle, une arthrose peut également donner ces symptômes. Enfin elle a relevé que le Tamoxifen, médicament pris par la recourante, est également connu pour donner des douleurs de type articulaire ainsi que des bouffées de chaleur.

- enfin, le certificat médical du 30 juin 2006, du Dr A_____, qui certifie que depuis la demande de prestations AI et son premier rapport du 18 juillet 2001, l'état de santé de la recourante s'est aggravé, comme il l'avait déjà communiqué à l'assurance-invalidité en date du 20 décembre 2001, puis en date du 17 novembre 2002. Il a repris les mêmes arguments de ses derniers rapports concernant la cause de cette altération. De plus, il a indiqué que depuis une année environ, l'état général

de la recourante était altéré par l'exacerbation des douleurs rhumatologiques associant cervico-brachialgies, douleurs des deux mains et lombosciatalgies à bascule. Cet état de santé a permis à la Dresse D_____, rhumatologue, de retenir le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Les investigations radiologiques récentes du rachis vertébral dorso-lombaires font apparaître une scoliose lombaire, un canal lombaire relatif et des lésions dégénératives de type arthrosique. Selon ce médecin, il est certain que le diagnostic oncologique et la mauvaise tolérance du traitement médicamenteux génèrent un état anxio-dépressif non négligeable. Il a également signalé que la recourante venait d'effectuer des investigations centrée sur le foie, mais qu'il ne possédait pas encore les résultats. Il a conclu qu'il serait judicieux de demander une expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI), si l'OCAI acceptait d'entrer en matière. A la même date, il a établi un autre certificat médical, dans lequel il mentionne que l'état de santé actuel de la recourante ne lui permettrait certainement pas d'exercer une activité professionnelle régulière et à plein temps.

19. Ces documents ont été soumis au Service médical régional en assurance-invalidité (ci-après SMR). Selon le rapport du 6 septembre 2006 de la Dresse E_____, médecin du SMR, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé objectivement parlant de la recourante. Selon ce médecin, il ne s'agit que d'une persistance ou d'une augmentation des douleurs articulaires associées à des multiples symptômes neurovégétatifs. En ce qui concerne le cancer au sein gauche, elle rappelle que selon le rapport de l'oncologue du 24 juin 2005, le cancer est en rémission totale et que les douleurs articulaires ont diminué. Ce rapport mentionne également que le traitement au Tamoxifen est bien supporté. Elle relève que la fibromyalgie est invalidante uniquement dans des cas exceptionnels et seulement si elle est accompagnée d'une comorbidité psychiatrique grave et de durée prolongée. Elle considère que tel n'est pas le cas de la recourante. Par conséquent, l'état de santé est semblable à celui qui a été décrit dans les rapports antérieurs. Elle constate que seules les plaintes de la recourante semblent être plus importantes que par le passé.

20. En date du 11 septembre 2006, l'OCAI a présenté un projet de décision, dans laquelle il a conclu à un refus d'entrer en matière, car la recourante n'a pas fait valoir des faits nouveaux dans sa nouvelle demande. L'intimé lui a donné la possibilité d'apporter ses objections ou des remarques éventuelles dans un délai de 30 jours.

21. Par courrier du 4 octobre 2006, le Dr A_____ a adressé à l'OCAI une attestation médicale. Il a confirmé que l'état général de la recourante et les diagnostics retenus depuis ses rapports AI de 2001 et 2002 se sont aggravés, "avec principalement l'installation ces derniers mois de lombo-sciatalgies invalidantes qui ont justifié la prise en charge spécialisée de la Dresse D_____, rhumatologue, qui vient d'effectuer une infiltration des articulaires postérieurs L4L5, sans grand effet à ce jour sur la symptomatologie algique. Il est évident que dans son état

actuel, la (recourante) doit être considérée comme incapable de travailler quelque serait son activité professionnelle et cela tant que la symptomatologie rhumatologique perdurera." Il a annexé à son courrier des rapports, parmi lesquels celui du 29 juin 2006 du Dr B_____, oncologue médical et de la Dresse F_____, médecin interne. Ces médecins ont constaté que la recourante ne présentait aucun signe clinique de récidive locale ou à distance de sa maladie, et qu'elle était en ménopause. Ils ont complété leur bilan par des examens complémentaires sur le foie. L'échographie abdominale du 12 juillet 2006 présentait un foie stéatosique, et aucune lésion ou aucune métastase n'était décelée.

22. Cette attestation médicale a également été soumise au SMR pour appréciation. Selon le rapport du 25 octobre 2006, la Dresse G_____, médecin du SMR, a conclu qu'il n'y avait pas de nouvelles pathologies invalidantes à sa connaissance, depuis l'avis de la Dresse E_____. Elle a constaté à la lecture du dossier complet que des lombosciatalgies existaient déjà depuis l'été 2000, que la description radiologique de canal lombaire étroit n'est pas confirmée par l'appréciation clinique de la Dresse D_____, que l'anamnèse n'est pas typique d'une claudication intermittente. Elle a précisé également qu'il existe bien des troubles dégénératifs lombaires (petite discopathie L4/L5) et statique (scoliose). La Dresse D_____ a effectuée une infiltration au niveau L4/L5, afin d'évaluer si ces troubles somatiques pourraient être à l'origine des symptômes décrits. Ces infiltrations n'ont pas amélioré la symptomatologie; "ce qui parle bien contre une origine organique aux symptômes" a conclu la Dresse G_____. Elle a rappelé qu'auparavant, il existait des plaintes au niveau cervical, également en présence de troubles dégénératifs à l'imagerie radiologique, et que ces cervicalgies avaient été considérée comme communes par deux neurochirurgiens, confirmé par avis rhumatologique. Le rapport d'oncologie leur a appris que l'assurée était en ménopause, et que le traitement de Tamoxifène pouvait être stoppé. Un US abdominal ne montre qu'une stéatose hépatique, qui n'est pas une pathologie invalidante.

23. Par décision du 2 novembre 2006, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que la recourante n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est modifié au point d'ouvrir le droit aux prestations. En effet, il a constaté qu'il n'y a pas d'aggravation objective depuis sa dernière décision ainsi qu'aucune nouvelle pathologie invalidante.

24. Par courrier du 15 novembre 2006, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal. Elle estime que son état de santé s'est aggravé. Elle fait également valoir qu'aucune expertise médicale n'a été effectuée par un médecin conseil de l'assurance-invalidité. Selon son médecin traitant, cette expertise serait souhaitable. Elle demande, par conséquent, au Tribunal de vouloir étudier son dossier et de prendre les mesures nécessaires.

25. Dans sa réponse du 24 novembre 2006, l'intimé propose de rejeter le recours et de confirmer sa décision du 2 novembre 2006, au motif qu'aucune nouvelle pathologie qui est susceptible de se répercuter sur les empêchements de la recourante n'est démontrée.

26. Par pli du 7 décembre 2006, cette écriture a été transmise au recourant, et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La LPGA, lors de son entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les

dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. La LPGA est par conséquent applicable au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

6. Selon l'art. 17 alinéa 1er 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.

   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, son impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, dans sa teneur au 1er juin 2006 (ci-après 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).

   Par conséquent, l'administration a deux possibilités. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, elle doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si elle constate que 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. 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. En revanche, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier par une instruction détaillée que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue.

7. Dans le cas d'espèce, suite à l'appréciation du SMR, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que la recourante n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

Selon le SMR, les rapports médicaux que la recourante a fournis à l'OCAI à l'appui de sa nouvelle demande ne permettent pas de constater une aggravation objective depuis les dernières décisions datant du 16 mars 2005 et du 15 juillet 2005, décisions confirmées par un arrêt du 21 mars 2006 (ATAS/278/2006). Il ressort des deux avis médicaux du SMR que le cancer du sein gauche est en rémission totale, que la recourante est en ménopause, que concernant les nombreuses douleurs dont elle se plaint, il ne s'agit que d'une persistance ou d'une augmentation des douleurs articulaires associées à des multiples symptômes neurovégétatifs, que des lombosciatalgies étaient déjà présentes depuis l'été 2000, qu'il existe des troubles dégénératifs lombaires et statique, mais que les infiltrations effectuées pour évaluer si ces troubles somatiques sont à l'origine des symptômes décrits n'améliorent pas la symptomatologie, que la description radiologique du canal lombaire étroit n'est pas confirmée par la Dresse D_____, et que la recourante n'est pas dans un cas de fibromyalgie invalidante.

Le Tribunal constate que la recourante a produit lors de sa nouvelle demande des rapports, dont l'OCAI avait déjà eu connaissance pour la première demande. L'aggravation de l'état de santé de la recourante, établie dans ces rapports médicaux, n'influençait pas de manière considérable le degré d'invalidité de 22%, comme il a déjà été dit dans l'arrêt du 21 mars 2006 (ATAS/278/2006). Concernant les nouveaux rapports, ils n'apportent aucun élément qui pourrait rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision initiale du 15 juillet 2005. En effet, le Dr A_____ reprend les mêmes arguments qu'il a déjà mentionnés dans ces anciens rapports, à savoir que l'état de santé de la recourante s'aggrave suite aux effets secondaires induits par le traitement médicamenteux, et que cette aggravation existe depuis 2001-2002. On constate que cette dernière était déjà existante lors de la première demande, et que donc elle ne peut être retenue comme fait nouveau. Quant aux troubles dégénératifs lombaires et d'une scoliose, il résulte de la lecture du dossier et de l'appréciation du SMR, que la recourante souffrait déjà depuis l'été 2000 de lombosciatalgies. Donc, il ne s'agit pas d'un fait nouveau. La fibromyalgie dont souffre la recourante n'apparaît pas invalidante, les critères retenus par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (voir ATF 130 V 352; ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04 consid. 4) applicable par analogie dans le cas de la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4) n'étant pas remplis. En effet, la recourante ne présente pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Elle ne souffre pas d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), ou d'affections corporelles chroniques. De même, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, car elle va faire ses commissions et elle accomplit ses tâches ménagères. Et enfin, le critère concernant l'état psychique cristallisé et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), ne sont non plus pas

remplis car il ne ressort pas du dossier que la recourante a suivi un traitement psychiatrique afin de surmonter ses douleurs.

Par conséquent, la décision de refus d'entrer en matière pour la nouvelle demande de prestations du 2 novembre 2002 de l'OCAI est donc justifiée.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est donc 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. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

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

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

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