REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1342/2006 **ATAS/1009/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 20 novembre 2006

En la cause

Madame M_____, domiciliée , 1207 GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Maya CRAMER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après la recourante), née en 1961, divorcée et mère d'un enfant, a travaillé en tant qu'employée de bureau durant plusieurs années.

2. Après la naissance de son fils en juillet 1982, la recourante a commencé à souffrir de lombalgies, ainsi que d'un état anxio-dépressif. Les lombalgies se sont aggravées globalement depuis 1994.

3. Le 19 janvier 1999, la recourante a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, en raison des lombalgies chroniques.

4. En date du 16 avril 2002, l'OCAI lui a remis un projet de décision, dans lequel il rejetait la demande de rente du 19 janvier 1999. En effet, il a conclu que l'état de santé de l'assurée lui permettait de reprendre un emploi à plein temps dans l'activité habituelle d'employée de bureau, pour laquelle elle avait été formée par l'assurance-chômage.

5. Suite au projet de décision du 16 avril 2002, l'assurée a demandé à être entendue. L'entretien a eu lieu le 31 mai 2002. Suite à celui-ci, l'office a repris l'instruction, en demandant un rapport médical à la Dresse A_____, psychiatre traitante de la recourante.

6. Dans son rapport médical du 21 juillet 2002, la Dresse A_____ a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail l'état dépressif de sa patiente ainsi que des épisodes de lumbagos et sciatiques à répétition. Elle a conclu à une incapacité de travail de 50% dès septembre 2001 pour une durée indéterminée.

7. Par décision du 25 février 2003, l'OCAI a accordé à la recourante un droit à une demi-rente AI, basée sur un degré d'invalidité de 50%. Il a estimé que celle-ci pourrait travailler à mi-temps en tant qu'employée de bureau. Le droit à la rente a débuté le 1er octobre 2000, vu l'incapacité de travail dès le 1er octobre 1999. La rente devait être allouée pour une durée illimitée, mais une révision de la rente devait être prévue vers fin 2003.

8. Dans le cadre de cette révision, l'OCAI a examiné le degré d'invalidité de l'assurée et a confirmé, par communication du 25 octobre 2004, qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

9. En date du 11 juillet 2005, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation.

10. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) a été effectuée le 14 juillet 2005. Elle a révélé des troubles dégénératifs étagés prédominant aux deux derniers

segments avec une discopathie L4-L5 (disque noir) et une protrusion discale médiane.

11. Dans un rapport datant du 6 septembre 2005, le Dr B_____, spécialiste en neurochirurgie FMH, a posé comme diagnostic des lombalgies mécaniques sur troubles dégénératifs exacerbés par un traumatisme récent (accident de voiture). Il n'a pas proposé à la recourante d'opération chirurgicale, qui n'était pas indiquée à ce moment-là. Selon l'anamnèse, depuis cet accident les douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit sur la face postérieure empêchaient la recourante de maintenir une quelconque position de façon prolongée. De plus, les différents traitements entrepris n'avaient pas permis de soulagement.

12. La recourante a demandé une révision de son droit à la rente en date du 12 octobre 2005, alléguant une aggravation de l'état de santé depuis le 11 juillet 2005.

13. Dans un courrier adressé à l'OCAI, datant du 16 novembre 2005, la recourante signale qu'elle a été victime d'un accident de la route, qu'elle a consulté le Dr B_____, neurochirurgien FMH, et qu'elle avait passé une IRM pour son dos.

14. Dans son rapport médical du 25 novembre 2005, le Dr C_____, médecin traitant, a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire et que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail des lombalgies droites récidivantes. Il n'a pas fixé le taux d'incapacité de travail. Dans son anamnèse, il a signalé que les douleurs dues aux lombalgies basses droites avec irradiation dans la fesse droite étaient toujours présentes depuis l'accident du 11 juillet 2005 alors qu'auparavant ces douleurs avaient été plus ou moins calmes avec les médicaments.

15. Un rapport médical intermédiaire datant du 22 janvier 2006 adressé par l'OCAI au Dr D_____, spécialiste FMH Psychiatrie - Psychothérapie, médecin traitant de l'assurée, ne signalait aucun changement dans les diagnostics. D'autre part, le dernier examen médical avait été effectué le 23 septembre 2004.

16. Dans une note du 9 mars 2006, le Dr E_____, médecin du service médical régional (ci-après SMR), a considéré, en se basant sur le rapport du médecin traitant, le Dr C_____, que l'état de santé de l'assurée était stationnaire dans le sens que la dépression s'était améliorée, qu'une légère aggravation des lombalgies était survenue, et qu'il y avait lieu d'en conclure un statu quo.

17. Par décision du 15 mars 2006, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente invalidité. La recourante continuerait de bénéficier de la même rente qui a été versée jusqu'ici (à un taux d'invalidité de 50%). Il a constaté, selon les éléments médicaux en sa possession ainsi que l'étude de ces pièces par le SMR, que l'état de santé de la

recourante était stationnaire. De plus, sa capacité de travail était toujours de 50% dans l'activité lucrative habituelle d'employée de bureau.

18. Par courrier du 21 mars 2006, la recourante a formé opposition à la décision de l'OCAI. Elle fait valoir son étonnement de ne pas avoir été examinée suite à son accident de voiture. Elle affirme que son état de santé s'est aggravé. Une IRM attesterait cet état, mais personne n'avait demandé à la voir. De plus, elle rappelle son état dépressif.

19. Par décision sur opposition du 24 mars 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 15 mars 2006. au motif que le rapport du médecin traitant de la recourante, le Dr C_____, indiquait un état de santé stationnaire. Il aurait constaté également une légère amélioration de son état dépressif. De plus, l'office mentionne que l'avis médical du SMR a tenu compte du rapport IRM du 14 juillet 2005.

20. Par courrier du 10 avril 2006, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de l'OCAI auprès du Tribunal de céans. Elle estime que son état de santé ne s'est pas amélioré, qu'elle souffre de lombalgies aigues et qu'elle est dépressive. Elle se plaint également de ne pas réussir à dormir même en prenant des médicaments. De plus, elle fait valoir qu'elle n'a jamais été examinée, ni n'a dû montrer son IRM.

21. Dans sa réponse du 7 juin 2006, l'intimé a proposé le rejet du recours et a confirmé la décision sur opposition attaquée. En effet, il insiste sur le fait que le médecin traitant de l'assurée, le Dr C_____, a estimé lui-même que l'état de santé de la recourante était stationnaire (avis du 25 novembre 2005). Le SMR a écarté l'aggravation sur le vu des diagnostics posés par les médecins consultés. De plus, la procédure d'opposition n'a pas amené d'élément permettant d'admettre une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée. Selon l'Office, les arguments invoqués dans le cadre du recours ne permettent pas non plus de faire une appréciation différente du cas.

22. Par pli du 15 août 2006, le Tribunal a demandé au Dr C_____ de lui communiquer depuis quelle date la recourante le consultait, ainsi que de lui préciser quelles ont été les dates qui ont servi à la comparaison pour conclure que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Le Tribunal a également demandé, à la même date, à l'OCAI de lui faire parvenir la teneur exacte de la note manuscrite du service médical régional (SMR), datant du 9 mars 2006, illisible.

23. Par écriture complémentaire du 29 août 2006, la recourante a confirmé son recours. Elle a réaffirmé que son état de santé s'est détérioré et qu'elle tenait à disposition une IRM qui le prouvait pour ses problèmes de lombalgies. En ce qui concerne sa dépression, elle a assuré que son médecin traitant, le Dr C_____, lui a augmenté la dose de médicament. Enfin, elle restait surprise qu'aucun médecin ne l'ait examiné, ni n'ait voulu voir l'IRM.

24. Le 13 septembre 2006, le Tribunal a invité la recourante à lui faire parvenir l'IRM dont elle faisait mention dans son dernier courrier.

25. Le 6 septembre 2006, le Dr C_____ a répondu au courrier du 15 août dernier du Tribunal. Il a indiqué que la recourante a commencé les consultations chez lui depuis le 7 septembre 2005. Les dates qui lui ont servi à la comparaison sont au nombre de quatre au mois de septembre 2005, de trois en octobre 2005, de deux en novembre 2005, d'une en février 2006, ainsi qu'en mars et en avril 2006, de deux fois en mai 2006, d'une fois en juin 2006 et enfin d'une fois en juillet 2006.

26. Par ordonnance du 22 septembre 2006, le Tribunal a transmis à l'OCAI copie de la réponse du Dr C_____, ainsi que l'original de l'IRM. Il l'a invité à soumettre ces pièces au SMR et à lui faire parvenir une nouvelle détermination sur la question litigieuse, au vu des nouvelles pièces. Il lui a fixé un délai jusqu'au 25 octobre 2006.

27. Dans sa détermination du 16 octobre 2006, l'intimé considère que les nouvelles pièces ne modifient pas ses conclusions. L'intimé a tenu compte du rapport du Dr E_____ daté du 10 octobre 2006. Ce dossier a également été discuté par le Dr F_____, rhumatologue SMR. Selon ce rapport, l'IRM du 14 juillet 2005, mentionnée par la recourante, ne montre aucune lésion traumatique. Le Dr E_____ a exclu dans son rapport une récente aggravation importante, bien qu'il n'ait pas existé d'IRM antérieure. Il a conclu qu'il est propre aux discopathies de s'aggraver au cours du temps. En ce qui concerne la recourante, il a constaté que son état s'est amélioré sur le plan psychique, mais il a admis dans l'appréciation du 23 août 2006 une certaine aggravation sur le plan ostéoarticulaire (qui n'atteint pas les 50%) et a donc retenu un statu quo (CT de 50%).

28. Par pli du 30 octobre 2006, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 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 (ci-après :LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

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

6. Aux termes de l'art. 17 al. 1 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.

   Cet article reprend en substance les termes de l'art. 41 de la LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, de sorte que la jurisprudence fédérale rendue en la matière reste applicable.

   Selon l'art.77 RAI, l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office assurance-invalidité tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements concernant l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la faculté d'accomplir les travaux habituels, l'impotence, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

   D'après l'art. 87 al.3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

En cas de demande de révision pour un cas d'aggravation, l'administration a deux possibilités. Si l'administration constate que les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, elle liquide l'affaire par un refus d'entrée en matière, sans autres investigations. En revanche, lorsqu'elle entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, actuellement l'art. 17 LPGA (cf. ATAS/363/2004 du 24 mai 2004; ATAS/384/2004 du 24 mai 2004; ATAS/202/2003 du 12 novembre 2003). Elle est donc tenue à une instruction détaillée au fond. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Dans le cas d'espèce, l'OCAI est entré en matière car il a demandé à des médecins leur avis au sujet d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante suite à l'accident survenu le 11 juillet 2005.

7. On rappellera par ailleurs que le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (DTA 2001 p. 169). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal

les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'Office est entré à juste titre en matière. En effet, l'accident de circulation survenu le 11 juillet 2005 rend plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible de modifier son droit à la rente. En revanche, l'instruction quant au fond, que l'Office était tenu de diligenter, est clairement insuffisante, et l'OCAI a mal apprécié les éléments à sa disposition.

   En effet, dans son rapport du 10 octobre 2006, le Dr E_____ a constaté que l'état de la recourante, qui est au bénéfice d'un droit à une rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%, s'était amélioré sur le plan psychique, alors même qu'aucun médecin de l'OCAI ne l'a examinée, après son accident de voiture, comme le relève la recourante, et que le médecin traitant de la recourante ne fait pas état d'une telle amélioration.

   Ce même médecin a également noté dans son rapport du 10 octobre 2006 une certaine aggravation sur le plan ostéoarticulaire (qui n'atteint pas les 50%). Il conclut cependant à un statu quo par une compensation entre une amélioration de la dépression - non établie - et l'aggravation des douleurs lombaires, ce qui est critiquable.

   Par ailleurs, le Dr C_____ a indiqué dans son rapport que l'état de santé de la recourante était stationnaire, mais il faut souligner ici qu'il ne se base que sur la période depuis laquelle elle est venue en consultation chez lui, c'est-à-dire après l'accident de voiture. Aucune comparaison n'a été faite entre la période avant l'accident et celle qui lui est postérieure. L'OCAI ne peut donc pas conclure à un état de santé stationnaire entre ces deux périodes.

   Enfin, dans le rapport médical du Dr B_____ du 5 septembre 2005 et dans celui du Dr C_____, du 25 novembre 2005, il est indiqué que la recourante souffre de lombalgies depuis plusieurs années, mais que, depuis l'accident du 11 juillet 2005, des douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur droit sur la face postérieure se sont produites. Ces éléments ne sont repris à aucun moment par l'intimé.

   Au vu de ce qui précède, force est donc de constater que l'OCAI n'a pas suffisamment instruit la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante alors qu'il est entré en matière à juste titre puisque la recourante a rendu vraisemblable une péjoration.

9. En conclusion, le recours sera admis, et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule les décisions du 15 mars et du 24 mars 2006.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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