RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1367/2003 **ATAS/606/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 29 juin 2004

1ère Chambre

En la cause

Madame D_____, comparant par Me Valérie ROSSI-BERTONI, HOSPICE GENERAL, bureaux en lesquels elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
domicilié rue de Lyon 97 à Genève — intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____, ressortissante hollandaise, née en 1939, est infirmière de formation. Ella a travaillé à la Maison de retraite du X_____jusqu'au 31 janvier 1991, date à laquelle elle a été licenciée pour cause de restructuration.

2. Le 4 septembre 1989, passagère d'un bus des transports publics, elle a été projetée contre la cabine du conducteur à la suite d'un brusque freinage.

3. La Dresse A_____, spécialiste en neurologie et médecin traitant de l'assurée, a constaté la présence de vertiges, céphalées, fatigabilité et troubles visuels, établissant le diagnostic de contusion-distorsion de la colonne cervicale. L'incapacité de travail, totale depuis l'accident, a été fixée à 60 % dès le 2 avril 1990 et à 40 % dès le 4 juin 1990. L'assurée a repris son activité professionnelle, qu'elle exerçait à 80 % pour des raisons personnelles, jusqu'à son licenciement, le 31 janvier 1991.

4. En raison d'une rechute, une nouvelle incapacité de travail totale dès le 21 février 1991 a été constatée par la Dresse A_____, causée par une récidive de céphalées et de cervicalgie postraumatiques. Elle a été néanmoins autorisée à effectuer un voyage en Hollande dès le 27 mars 1991.

5. Le 27 mai 1991, l'assurée a subi un nouveau traumatisme dans les mêmes conditions que le premier.

6. Le Dr B_____, mandaté par La Genevoise Assurance, a effectué une expertise médicale (rapport du 10 février 1992). Concernant le premier accident du 4 septembre 1989, l'expert estimait, après la rechute du 21 février 1991, que l'assurée, autorisée à effectuer un voyage dès le 27 mars 1991, avait recouvré une nouvelle fois sa capacité de travail. Concernant les suites du second accident, du 27 mai 1991, l'expert faisait état d'un rapport du Dr C_____, neurologue ORL, du 5 décembre 1991, qui notait des signes discrets d'atteinte des voies vestibulo-oculaires, sans autre déficit neurologique décelable.

   L'expert a invité le Dr D_____, neurologue, à examiner l'assurée. Ce dernier a relevé, dans son rapport du 17 janvier 1992 : douleurs à la palpation cervico-occipitale avec sensations vertigineuses occasionnelles (non rotatoires), modeste limitation des mouvements cervicaux, oculo-motricité normale, discrets signes lésionnels chroniques et bilatéraux des myotomes C7, début modeste et bilatéral d'un syndrome du canal carpien.

   Le Dr B_____ portait l'appréciation suivante : « Les plaintes de la patiente sont modestes, décrites plus haut par le Dr D_____. Joignant ses

constatations à celles du Dr C_____ et aux miennes, j'estime que Madame D_____ est maintenant physiquement apte à son activité d'infirmière et, si son âge rend difficile un nouvel engagement, les accidents de 1989 et 1991 n'y sont pour rien ». Il proposait en conséquence d'admettre, pour le premier accident, les taux d'incapacité de travail retenus par la Dresse A_____, en tenant compte d'une reprise de l'incapacité totale du 21 février au 27 mars 1991. Pour le deuxième accident, il proposait un taux plus rapidement dégressif selon le shéma suivant : 100 % dès le 27 mai 1991, 50 % dès le 15 juillet 1991 et 0 % dès le 1er septembre 1991. En outre, il ne trouvait rien qui puisse justifier l'existence d'un état antérieur.

7. Sur la base de cette expertise, la Genevoise Assurances a versé à l'intéressée des indemnités journalières jusqu'au 26 mars 1991 pour une incapacité totale de travail. Constatant que cette dernière n'était plus au service de la Maison de retraite du X_____et qu'aucune indemnisation de l'assurance-chômage n'était intervenue, elle a, par décision du 28 février 1992, constaté la fin du rapport d'assurance et invité l'intéressée à s'adresser à l'assureur responsabilité civile du tiers responsable de l'accident du 27 mai 1991 ou à sa caisse-maladie. Le Tribunal fédéral des assurances a entériné cette décision par un arrêt du 18 décembre 1996 après recours de l'assurée, concluant que, dès le 27 mars 1991, l'assurée ne souffrait plus des suites de l'accident du 4 septembre 1989 et avait recouvré toute sa capacité de travail du fait qu'elle avait été autorisée à voyager, ce qui aurait été incompatible avec des cervicalgies récidivantes et des douleurs polyarticulaires, telles qu'elles se présentaient depuis la rechute de février 1991.

8. Une première demande de prestations AI sous forme de rente a été déposée par l'assurée le 21 avril 1992 mais refusée par décision du 25 juin 1993 au motif qu'elle n'avait subi aucune interruption dans son travail propre à ouvrir le droit à une rente d'invalidité, puisqu'elle n'avait pas d'activité professionnelle pendant cette période.

9. L'assurée a entamé une procédure de recours à l'encontre de ladite décision auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après la CRAVS), laquelle s'est soldée par un jugement du 27 février 1997 confirmant la décision de refus de rente du 25 juin 1993. La CRAVS a constaté que le TFA, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, avait clairement privilégié l'avis du Dr B_____ qui, dans son rapport du 10 février 1992, s'était appuyé sur les constatations du Dr C_____ et du Dr D_____. Elle a considéré que rien ne permettait de ne pas accorder à ces avis le même poids qui leur avait été donné dans la procédure en matière d'assurance-accidents. Dans son rapport, le Dr B_____ avait estimé que l'incapacité, totale dès le 27 mai 1991, avait été réduite à 50 % dès le 15 juillet 1991 et à 0 % dès le 1er septembre 1991, la recourante étant apte dès cette date à reprendre son activité d'infirmière.

10. Sur demande du service juridique de l'Hospice Général, le Dr E_____, médecin-conseil du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP), a rencontré et examiné la patiente. Il a de même pris connaissance des pièces du dossier, qui lui avaient été communiquées. Il s'agissait de savoir si l'état de santé de l'intéressée lui permettait de reprendre une activité professionnelle ou non, et dans la négative, si une nouvelle demande de prestations AI se justifiait. Selon ce médecin, il n'y avait pas lieu de revenir sur les accidents subis par la patiente et les divers conflits juridiques qui l'ont opposé aux assurances perte de gain, ainsi qu'aux tribunaux, en tant qu'il s'agissait d'une situation ancienne, à partir de laquelle il ne fallait pas relancer le débat. Cela étant, il a relevé ce qui suit : « Par contre, il est pour moi parfaitement évident que Mme D_____ n'a actuellement pas de capacité de travail exploitable, ni dans sa profession de base (infirmière), ni dans une autre profession, ceci en raison de troubles de la santé d'ordre physique et psychique. De plus, je ne pense pas qu'un quelconque traitement pourrait modifier de manière significative la situation actuelle. Une demande de prestations de l'Assurance Invalidité est dès lors à mon sens tout à fait justifiée, et un rapport médical dans ce sens pourrait être établi dès la demande administrative déposée. Sur le plan pratique, on pourrait également proposer comme mesure d'instruction complémentaire, afin de hâter les démarches en cours, une évaluation professionnelle pratique dans le cadre des ateliers Y_____ » (rapport du 22 septembre 1997).

11. Le 15 décembre 1997, l'assurée a ainsi débuté un stage à Y_____, lequel a été interrompu au bout de quelques heures.

12. Le 6 mars 1998, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI sous forme de rente, se prévalant d'une détérioration de son état de santé depuis juin 1993, n'ayant ainsi pu envisager depuis lors ni une reprise de son ancienne profession, ni une quelconque autre activité.

13. Dans son rapport à l'OCAI du 7 juillet 1999, la Dresse A_____ a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis 1991. Elle a relevé que, depuis la première procédure tendant à la rente d'invalidité, la situation n'avait pas évolué sur le plan fibromyalgique, bien qu'il y eût une certaine stabilité sous « Anafranil ». Les cervicalgies chroniques étaient identiques. Les céphalées, les migraines et les migraines ophtalmiques avaient diminué de fréquence. Un traitement de fond n'était donc pas indispensable en permanence. Elles récidivaient par intermittence. Les cacosmies avaient disparu, de même que les chutes sur troubles de l'équilibre.

14. Le Dr E_____ a confirmé, dans son rapport du 20 septembre 1999, avoir rencontré l'assurée en automne 1997. Il a toutefois relevé ignorer si l'état de santé alors considéré comme stationnaire et non susceptible d'amélioration s'était aggravé depuis lors. S'agissant de son incapacité de travail, il a rappelé qu'à cette

époque, la patiente était hors d'état d'exercer sa profession d'infirmière et fait observer qu'une tentative d'observation professionnelle pratiquée dans le cadre d'Y_____ avait échoué au bout de quelques heures, pour des raisons d'ordre psychologique principalement. Sur la base de la consultation, il a posé les diagnostics suivants : troubles visuels avec scotomes rendant tout effort visuel difficile, acouphènes continus, fibromyalgie confirmée, les points étant tous positifs, incontinence d'effort et troubles de l'humeur, avec manifestations anxio-dépressives majeures (hyperventilation psychogène, idées noires, idées d'impuissance, idéation suicidaire).

15. Le 3 février 2000, il a été décidé de soumettre l'intéressée à une expertise multidisciplinaire de type COMAI. Dans le rapport correspondant du 7 mai 2001, les experts ont fait état d'un syndrome somatoforme douloureux persistant sous la forme de cervico-lombalgies, pour lequel ils ont retenu 15 points douloureux sur 18, de douleurs polyarticulaires (surtout du dos, des épaules et des genoux) et de la musculature, de céphalées, de trouble schizotypique et de diverticulose du côlon.

    S'agissant des douleurs polyarticulaires, elles se seraient réactivées en février 1991, poussant le médecin traitant à signifier un arrêt de travail à 100 %. Le Dr F_____, qui avait vu la patiente en consultation le 3 mai 1991, avait posé à leur égard le diagnostic de polyinsertionite ou fibromyalgia. Par ailleurs, le rapport d'expertise fait état d'une contradiction entre les dires de la Dresse A_____, qui considère, dans son rapport du 15 septembre 1992, que les douleurs polyarticulaires doivent être admises comme résolues début mai 1991 et les déclarations de la patiente. A cet égard, les experts relèvent ce qui suit . « La patiente pour sa part dit avoir continué de souffrir de douleurs polyarticulaires, ce que l'on peut retrouver dans le rapport médical adressé à l'Office AI du canton de Genève signé par la Dresse A_____ du 7 juillet 1999 sans que l'on ne puisse noter d'aggravation manifeste depuis 1993, si l'on en juge par son vécu médical, ses plaintes actuelles et l'examen clinique ». D'un point du vue rhumatologique, la capacité de travail a été estimée à 50 % pour les travaux légers, de manutention simple, sans port de charges excédent 15 kg et sans mouvements répétitifs. Pour les activités ménagères, la capacité de l'assurée a été évaluée à 80 %.

    D'un point de vue psychiatrique, la présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant a été confirmée. Il serait vraisemblablement apparu au début des années 80 et aurait été réactivé à la suite du premier traumatisme de septembre 1989 (ce qui lui aurait fait consulter déjà un praticien en Hollande), mais aussi dans le contexte d'une situation familiale délicate, puisque, durant cette période, l'on aurait découvert la maladie épileptique de sa fille. Il a également été noté que la résurgence du trouble somatoforme du début 1991 correspondait à la période de son licenciement. S'agissant du trouble schizotypique, il résulterait probablement de

son parcours de vie chaotique et destructurant : décès précoce de la mère lors d'un bombardement, peu de contact paternel, rapports amoureux instables et conflictuels. Il n'a toutefois pas été possible d'établir avec certitude si ces manifestations étaient présentes depuis au moins deux ans. Par ailleurs, les précisions suivantes ont été apportées : « on retrouve une patiente avec un affect inapproprié et restreint, une méfiance avec idéation persécutoire et interprétative, de même qu'une pensée vague. Les limitations en relation avec ce trouble sont notamment d'ordre relationnel, une diminution de la souplesse, donc une rigidité importante face à toute nouvelle situation. De plus, il n'est pas exclu qu'en cas de situation de stress (qu'il soit familial, professionnel, affectif), Madame D_____ ne présente pas une décompensation plus floride (plutôt sur un mode psychotique). Dans les rapports précédemment émis, le Dr G_____, cardiologue, évoque, le 21 juin 1993, que la patiente est très instable psychiquement et le Dr E_____, le 22 septembre 1997, qu'il est évident que la patiente n'a pas de capacité de travail exploitable en raison de troubles physiques et psychiques (manifestations anxio-dépressives majeures, selon lui). A retro, on peut imaginer que ces manifestations pouvaient correspondre à des angoisses de morcellement, plutôt du registre psychotique dans le cadre d'un trouble schizotypique. »

En conclusion, en tenant compte des aspects rhumatologiques, internistique et psychiatrique, les experts ont retenu une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée soit dans des travaux légers, de manutention simple, sans port de charges excédant 15 kg et sans mouvements répétitifs. Si l'activité d'infirmière dans une maison de retraite semble peu adaptée en raison des travaux lourds que peut exiger une telle tâche chez des patients grabataires ou peu autonomes, un travail d'infirmière en policlinique, tel que déjà pratiqué par le passé, apparaît plus approprié à son état de santé physique et psychique. Toutefois, les experts ont également relevé que, compte tenu de son âge, de son arrêt de travail de longue durée (depuis le 31 janvier 1991), du trouble somatoforme douloureux et de son trouble psychiatrique, une réadaptation professionnelle semblait illusoire et que les chances que la patiente reprenne une activité professionnelle un jour leur paraissaient extrêmement minces.

Dans les réponses aux questions complémentaires posées par l'OCAI, les experts ont relevé que l'état de santé de la patiente ne s'était pas modifié de façon notable et objective par rapport à juin 1993 et qu'il existait chez elle un trouble de la personnalité rigide chronique entraînant des troubles relationnels, soit un trouble schizotypique. S'agissant de ce dernier, il s'était développé sur un terrain de fragilisation constitué pendant l'enfance et s'était vraisemblablement poursuivi lors de sa relation de couple plutôt chaotique. Selon les experts, ce trouble était certainement présent avant son licenciement et ses deux traumatismes, de sorte qu'il n'était pas réactionnel à ces événements.

16. Dans une note du 22 mai 2001, établie suite à l'expertise du COMAI, le Dr H_____ a souligné que, selon le rapport du COMAI, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de façon notable et objective et que le trouble schizotypique relevé était présent avant ses accidents et son licenciement. Toutefois, contrairement à l'avis des experts, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de fixer des limitations pour des travaux physiques, aucune pathologie physique notable n'ayant été relevée. En conclusion, il a affirmé que l'état de santé de l'intéressée n'avait en réalité pas changé depuis 1993 et qu'il résultait de l'expertise du COMAI uniquement des diagnostics plus précis, lesquels, même s'ils n'avaient pas vraiment été reconnus comme tels, étaient déjà présents à l'époque. A cet égard, il a expliqué que les conclusions de l'expertise COMAI quant à la capacité résiduelle de travail de l'assurée consistaient en une appréciation différente d'un état de fait identique et, comme telles, ne pouvaient suffire pour admettre une révision de la décision de l'OCAI du 25 juin 1993.

17. Par décision du 3 janvier 2003, l'OCAI a reconnu à l'assurée un taux d'invalidité de 60 %, soit le droit à une demi-rente d'invalidité, à partir de juin 1994, et fixé le versement de cette prestation dès mars 1997.

18. Le 27 janvier 2003, l'intéressée a formé opposition auprès de l'OCAI contre ladite décision, concluant à son annulation et, sur la base de l'avis du Dr E_____, à une incapacité totale de travail. Elle a par ailleurs relevé qu'il se justifiait de lui reconnaître une rente dès le 1er juin 1994, quand bien même elle n'avait sollicité une seconde fois les prestations AI qu'en mars 1998. En effet, elle avait jugé nécessaire, avant le dépôt de la demande, de demander l'avis du Dr E_____ tant sur la capacité de travail que sur l'opportunité de solliciter une nouvelle fois les prestations AI (avis du 22 septembre 1997). Suivant les conseils de ce dernier, la patiente a par ailleurs entrepris un stage dans les ateliers Y_____, le 15 décembre 1997, qu'elle a interrompu après quelques heures, de sorte que la demande de prestation n'a pu être déposée qu'après cette démarche, soit finalement le 3 mars 1998.

19. Par décision sur opposition du 18 mars 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 3 janvier 2003, considérant qu'il y avait lieu de suivre l'avis du consilium du COMAI et dès lors de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail de 60 %. Il a également expliqué, s'agissant de la tardiveté de la demande de prestations AI, que le versement rétroactif de la prestation ne pouvait se faire que pour les douze mois précédant la demande, soit dès mars 1997, dans la mesure où, au vu des indices contenus au dossier, l'assurée ne s'était pas trouvée dans l'impossibilité objective de la déposer avant mars 1998.

20. Le 8 avril 2003, l'assurée a recouru contre ladite décision, contestant le degré d'invalidité retenu, ce dernier devant être fixé, selon elle, à 100 %. Elle s'appuyait

sur l'avis du Dr E_____, lequel lui avait retenu une incapacité totale de travail. Soulignant le fait que ce dernier n'était pas son médecin traitant, elle a considéré qu'il y avait lieu de faire prévaloir son avis sur celui des experts du COMAI, lesquels n'avaient retenu qu'une incapacité de travail de 60 %. En effet, d'après la recourante, la capacité de travail retenue par les experts du COMAI paraissait en totale contradiction avec leurs propres observations, eu égard au diagnostic posé et aux nombreuses limitations fonctionnelles attestées. La recourante a rappelé, de plus, que selon la jurisprudence le juge est habilité à s'écarter d'une expertise lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aux conclusions des experts. Enfin, elle a relevé qu'il n'y avait objectivement pas eu lieu de déposer une nouvelle demande AI avant janvier 1998, sachant qu'il convenait en premier lieu de prendre connaissance de la décision de la CRAVS, établie le 27 février 1997, de recueillir l'avis d'un expert, en l'occurrence le Dr E_____, ainsi que de solliciter, sur conseil de ce dernier, une évaluation professionnelle auprès des ateliers Y_____, laquelle, initiée le 15 décembre 1997, avait été interrompue au bout de quelques heures.

21. Dans son préavis du 4 août 2003, l'OCAI a conclu à la reformatio in pejus, considérant que sa décision du 3 janvier 2003 ainsi que la décision sur opposition attaquée étaient erronées et favorisaient à tort la recourante. Il faisait valoir, en substance, que depuis sa décision de refus de prestations du 25 juin 1993, la situation de l'assurée ne s'était pas modifiée de manière à influencer ses droits.

22. Dans sa réplique du 26 septembre 2003, la recourante a conclu à l'annulation de la décision du 3 janvier 2003 et de la décision sur opposition du 18 mars 2003, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 1997. Elle a souligné que l'atteinte psychique, qualifiée par le Dr I_____, l'expert psychiatre du COMAI, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble schizotypique, paraissait l'obstacle déterminant à toute reprise d'activité professionnelle, de l'avis tant des experts du COMAI, lesquels ont suivi le taux d'incapacité de travail de 60 % fixé par le psychiatre, que du Dr E_____.

23. Dans sa réponse du 27 octobre 2003, l'OCAI a déclaré maintenir sa position, selon laquelle il n'y avait aucun motif de révision et persisté dans ses conclusions telles que contenues dans son préavis du 4 août 2003. Il a en particulier relevé que le Dr E_____ ne s'était pas prononcé sur une modification de l'état de santé de la recourante postérieurement à 1997 et qu'il avait spécifié que son état était stationnaire à cette date. Il a de plus rappelé que les experts du COMAI avaient pour leur part très clairement répondu par la négative à sa question relative à une modification notable et objective de l'état de santé de la recourante depuis juin 1993.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

   Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

   b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

   - elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).
   - l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.
   - une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

   c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

   Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des

assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit

commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseur à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS notamment (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale dur droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après la LPGA), entrée en vigueur au 1er janvier 2003, a entraîné des modifications en matière d'assurance-invalidité. Elle est applicable ici, de même que les règles de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et de son règlement.

4. Déposé dans la forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des articles 60 LPGA et 69 LAI.

5. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office de l'assurance-invalidité aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis RAI ; VSI 1997 p. 318).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, 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 15). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (ATFA du 31 juillet 1997 ; VSI 1997 p. 319).

D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

Enfin, lorsqu'il apprécie 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Par décision du 3 janvier 2003, l'intimée a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, alors qu'elle avait refusé une première demande de rente le 25 juin 1993. Elle s'est appuyé pour ce faire sur les conclusions du COMAI, qui a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 60%. Ce faisant, elle a révisé sa décision initiale de refus.

   Suite au recours de l'assuré, interjeté le 8 avril 2003, l'OCAI est revenue sur ses premières considérations, estimant que sa décision du 3 janvier 2003 ainsi que celle sur opposition du 18 mars 2003 étaient erronées et favorisaient à tort la recourante. Il conclut ainsi, dans son préavis du 4 août 2003, à la reformatio in pejus, soutenant en substance que depuis sa décision de refus de prestations de juin 1993 la situation de l'assurée ne s'était pas modifiée de manière à influencer ses droits.

   La recourante, quant à elle, conteste le taux d'invalidité retenu par l'OCAI, s'estimant totalement incapable de travailler. Elle s'appuie sur l'avis du Dr E_____, qui a considéré, dans son rapport du 22 septembre 1997, qu'elle n'avait pas « de capacité de travail exploitable, ni dans sa profession de base (infirmière), ni dans une autre profession, ceci en raison de troubles de la santé physique et psychique ».

   La question à résoudre ici est d'abord de savoir si l'OCAI était fondé à réviser sa décision du 25 juin 1993 ou si, comme il le prétend, il y a lieu de procéder à une reformatio in pejus, la recourante n'ayant droit à aucune prestation AI. S'il s'avérait que les conditions d'une révision étaient remplies, il resterait ensuite à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

7. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA (révision), 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 125 V consid. 2 et la référence ; cf. aussi ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération), l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (art. 53 al. 3 LPGA).

La circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après la CIIAI) précise, au n° 5031, que la reconsidération a pour but de rectifier une décision manifestement erronée formellement passée en force. A la différence de la révision, aucune modification essentielle de la situation n'est nécessaire à la procédure de reconsidération (Voir circ. sur le contentieux ; RCC 1987 p. 36, 1985 p. 58 et 332, 1980 p. 58, 1963 p. 273).

Pour qu'il y ait reconsidération, il faut, en plus du caractère indubitablement incorrect de la décision d'origine, que la rectification revête une importance significative et que la décision n'ait pas déjà été prise par un tribunal (n°5032 de la CIIAI).

Enfin, il revient à l'office AI de juger s'il veut procéder à une reconsidération. Ce n'est pas le tribunal mais l'OFAS qui peut l'y contraindre (n°5033 de la CIIAI).

D'après l'art. 53 al. 1 LPGA (révision procédurale), les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des fais allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le

tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1 ; cf. aussi ATF 118 II 205).

8. Eu égard à la jurisprudence précitée, il y a lieu d'examiner la cause sous trois angles juridiques différents. Il s'agit de déterminer, en premier lieu, s'il existe un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

   Il ressort de l'expertise du COMAI, dont la valeur probante doit être admise en l'absence d'indice permettant d'en douter, que la recourante présente un syndrome somatoforme douloureux persistant sous la forme de cervico-lombalgies, de douleurs polyarticulaires et de la musculature, de céphalées, de trouble schizotypique et de diverticulose du côlon. Selon les experts, il n'y a pas eu une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juin 1993. Il apparaît cependant, d'une part, qu'à l'époque, la demande de prestations AI n'avait pas donné lieu à des investigations médicales, étant donné le motif de refus – l'assurée n'avait subi aucune interruption dans son travail propre à ouvrir le droit à une rente d'invalidité - et que, d'autre part, la CRAVS, qui avait alors confirmé la décision de refus de rente, s'était appuyé sur les constatations des médecins mandatés par l'assurance-accident, lesquels ne faisaient état dans leurs rapports d'aucun trouble psychique, puisqu'ils se limitaient à relever les handicaps d'ordre exclusivement physiques. Or, l'investigation menée par les experts du COMAI démontre, selon eux, l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, vraisemblablement apparu au début des années 80, ainsi que d'un trouble schizotypique, qui était certainement présent avant le licenciement de l'assurée en 1991 et ses deux traumatismes.

   Au vu de ces constatations médicales, on constate, qu'en l'absence d'une modification de l'état de santé tant physique que psychique de la recourante, une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne se justifie pas.

9. De même, les conditions d'une reconsidération de la décision du 25 juin 1993, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, ne sont pas non plus remplies. En effet, en tant que la décision concernée a fait l'objet d'une procédure de recours par-devant la Commission de recours donnant lieu à un jugement, elle ne peut plus être reconsidérée par l'assureur. Quoi qu'il en soit, si les conditions d'une reconsidération étaient réunies, il ne serait pas de la compétence du Tribunal de céans de contraindre l'OCAI à y procéder (cf. CIIAI, n° 5032 et 5034).

10. Il reste à examiner si les conditions d'une révision (procédurale) de la décision du 25 juin 1993 sont remplies (art. 53 al. 1 LPGA).

Dans leur rapport du 7 mai 2001, les experts du COMAI ont mis en évidence l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ce dernier serait apparu au début des années 80 et aurait été réactivé à la suite du premier traumatisme de septembre 1989, mais aussi dans le contexte d'une situation familiale délicate, puisque, durant cette période, l'on aurait découvert la maladie épileptique de la fille de la recourante. Une nouvelle résurgence du trouble au début de l'année 1991 correspondrait à la période de son licenciement. Lesdits experts ont également relevé la présence d'un trouble schizotypique, qu'ils mettent sur le compte d'un parcours de vie chaotique et destructurant : décès précoce de la mère lors d'un bombardement, peu de contact paternel, rapports amoureux instables et conflictuels. De même, le Dr E_____ relève, dans son rapport du 22 septembre 1997, que la patiente n'a pas de capacité de travail exploitable en raison de troubles physiques et psychiques (manifestations anxio-dépressives majeures, selon lui).

On constate ainsi que les éléments mis en lumière par les experts du COMAI – plus précisément par le Dr I_____, spécialiste en psychiatrie – sont nouveaux au sens de la jurisprudence précitée. En effet, il résulte des pièces au dossier que lesdits troubles psychiques n'avaient pas été mis en évidence auparavant, dans le cadre de la première procédure de demande de prestations AI. L'expertise ne fait pas qu'apporter une précision diagnostique sur une situation connue, contrairement à ce que prétend l'OCAI. Certes, le Dr G_____ a relevé, dans son rapport du 21 juin 1993, que sa patiente était très instable psychiquement. Il sied toutefois d'observer qu'il ne s'agit là que d'une constatation laconique, évoquée de surcroît par un médecin cardiologue et n'ayant donné lieu à aucune investigation complémentaire par un médecin psychiatre, de sorte qu'elle se révèle insignifiante et qu'elle n'a donc pas à être prise en compte. Par ailleurs, il convient de noter que ces nouvelles constatations ne pouvaient être connues de la recourante avant qu'il ne soit véritablement procédé à une investigation sur le plan psychiatrique, dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire du COMAI. Enfin, les faits nouveaux rapportés sont importants, dans la mesure où ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à un jugement différent, le consilium du COMAI ayant retenu un taux d'incapacité de travail de 60% principalement en raison des troubles psychiques mis en lumière.

Ainsi, si les troubles psychiques dont fait état l'expertise du COMAI existaient déjà au moment où l'OCAI a rendu sa décision du 25 juin 1993, ils n'en constituent pas moins des éléments nouveaux dans la mesure où ils avaient passé inaperçus à l'époque et, partant, n'avaient pas fait l'objet d'investigations.

11. Il sied à présent d'examiner si le taux d'incapacité de travail retenu par le COMAI se justifie.

Selon la jurisprudence du TFA, s'agissant de la capacité de travail – dans une activité exigible – d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement, les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des spécialistes s'exprimant dans leur seul domaine. En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît la plus appropriée à la détermination objective de la capacité de travail dans une activité exigible (ATFA non publié I 50/03 du 6 août 2003).

En l'occurrence, d'un point de vue rhumatologique seul, il a été retenu une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le consilium du COMAI a, quant à lui, suivi l'avis du consultant en psychiatrie, selon lequel il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 60% en raison des troubles psychiques dont souffre la recourante. Ledit consilium a précisé que la capacité résiduelle de travail devait être employée dans une activité adaptée, soit dans des travaux légers, de manutention simple, sans port de charges excédant 15 kg ni mouvements répétitifs. Il a relevé que le travail d'infirmière en policlinique, tel que l'assurée l'avait déjà pratiqué par le passé, semblait approprié à son état de santé physique et psychique, contrairement à la pratique de la même activité dans une maison de retraite. Eu égard à la jurisprudence précitée, il y a lieu de suivre les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et de retenir, dès lors, un taux d'incapacité de travail de 60%.

Le Tribunal de céans ne saurait écarter lesdites conclusions, dans la mesure où aucun indice concret ne lui permet de douter de leur bien-fondé. Au demeurant, l'expertise prend en considération les plaintes de l'assurée, comporte une anamnèse détaillée et aboutit à des conclusions claires et motivées, si bien qu'il sied d'admettre que l'expertise du COMAI est le fruit d'examens complets.

La recourante conteste le taux d'invalidité retenu, se considérant totalement incapable de travailler. Elle s'appuie sur le rapport du Dr E_____ du 22 septembre 1997, lequel a attesté une incapacité totale de travail. Ce même médecin a par ailleurs fait observer, dans son rapport du 20 septembre 1999, que la recourante avait échoué au bout de quelques heures dans une tentative d'observation professionnelle pratiquée dans le cadre d'Y_____, pour des raisons d'ordre psychologique principalement.

Certes, les experts du COMAI posent également un pronostic réservé, compte tenu de l'âge de la recourante, de son arrêt de travail de longue durée – depuis février 1991 –, de son trouble somatoforme douloureux et de son trouble schizotypique associé, considérant qu'une réadaptation professionnelle serait illusoire et que les

chances qu'elle reprenne une activité professionnelle un jour paraissent extrêmement minces.

Toutefois, comme déjà relevé ci-dessus, l'expertise du COMAI n'apparaît pas critiquable dans son ensemble ; elle repose de plus sur une analyse plus fouillée que les rapports du Dr E_____, de sorte qu'il convient de la faire prévaloir sur ces derniers, s'agissant des conclusions relatives à la capacité de travail.

Enfin, s'agissant du taux d'invalidité, compte tenu du fait que l'expertise du COMAI a retenu comme activité adaptée la profession que la recourante a exercée avant la survenance des atteintes à sa santé, soit la profession d'infirmière avec pour seule limitation qu'elle soit pratiquée en policlinique et non dans une maison de retraite, le taux d'invalidité correspond au taux d'incapacité de travail, de sorte qu'il s'élève lui aussi à 60%.

Au vu de ces éléments, force est d'admettre que l'OCAI était fondé à réviser sa décision du 25 juin 1993. C'est également à bon droit qu'il a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité sur la base d'un taux d'incapacité de 60%. C'est par conséquent, à tort, que l'intimée est revenue sur cet avis, en concluant, dans son préavis du 4 août 2003, à la reformatio in pejus. Quant aux conclusions de la recourante, il sied de ne pas y donner droit, en tant qu'elles contredisent celles de l'expertise du COMAI, dont la valeur probante doit être admise.

Reste, en dernier lieu, à déterminer partir de quand la demi-rente d'invalidité doit être allouée à l'assurée.

Dans sa décision du 3 janvier 2003, l'OCAI a reconnu que le droit de la recourante aux prestations AI naissait en juin 1994, mais que le versement de ces dernières ne pouvait être effectué qu'à partir de mars 1997. En effet, il a considéré que la seconde demande était tardive et que l'assurée ne s'était pas trouvée dans l'impossibilité objective de déposer sa demande avant mars 1998, si bien qu'en application de l'art. 48 al. 2 LAI le versement rétroactif de la prestation ne pouvait se faire que pour les douze mois précédant la demande.

La recourante, quant à elle, soutient qu'elle n'était pas en mesure de connaître, avant le mois de janvier 1998, les faits ouvrant droit aux prestations.

Selon l'art. 24 al. 1 LPGA, par renvoi de l'art. 48 al. 1 LAI, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait connaître les

faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

La CIIAI (n° 2041) précise que lorsque la personne assurée ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou si elle a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui seront dès lors allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les 12 mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (RCC 1988 p. 597, 1984 p. 420 s. consid. 1., 1975 p. 134). Dans ce cas, les prestations seront accordées à la personne assurée dès le moment où toutes les conditions étaient objectivement réalisées pour le droit à la rente. Le paiement des prestations arriérées ne s'effectue toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande a été présentée (n° 10123 DR).

En l'espèce, il résulte du dossier médical que seuls des troubles physiques ont été mis en évidence durant l'instruction menée par l'assurance-accident, ce y compris jusqu'à la décision de l'OCAI du 25 juin 1993 et la confirmation de ladite décision par la Commission de recours, qui s'est basée sur les mêmes rapports médicaux. Ce n'est qu'en septembre 1997 que des troubles psychiques ont pour la première fois été signalés de façon sérieuse et que leur découverte a fait l'objet d'un rapport médical détaillé (rapport du Dr E_____, daté du 22 septembre 1997). Le médecin en cause, consulté sur demande du service juridique de l'Hospice Général, relevait de surcroît que la recourante ne bénéficiait d'aucune capacité de travail exploitable en raison de troubles de la santé d'ordre physique et psychique. Il a de même fait observer que le stage d'observation initié par l'assurée le 15 décembre 1997 a dû être interrompu au bout de quelques heures, pour des raisons d'ordre psychologique principalement. Il y a dès lors lieu de conclure que c'est à cette période, soit en septembre ou, dans tous les cas, en décembre 1997, que la recourante a été informée pour la première fois de l'existence de ses troubles psychiques.

Par la suite, les experts du COMAI ont précisé le diagnostic, en retenant chez l'assurée la présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant et d'un trouble schizotypique, qui existaient déjà, d'après eux, avant les deux traumatismes de 1989 et de 1991.

Le Tribunal de céans est donc d'avis que la recourante n'était pas consciente avant septembre, voire décembre 1997, du fait qu'elle avait des troubles psychiatriques et que ce n'était pas uniquement en raison de ses troubles physiques qu'elle s'était trouvée empêchée de reprendre une activité lucrative depuis son licenciement en 1991. Du reste, peu après la consultation chez le Dr E_____ et l'échec de son stage d'observation, la recourante a déposé, en mars 1998, une nouvelle demande de prestations AI sous forme de rente.

Dès lors qu'elle a présenté sa demande dans les douze mois dès le moment où elle a eu connaissance des faits ouvrant droit à prestations, l'intéressée peut être mise au bénéfice de l'art. 48 al. 2 2ème phrase LAI et obtenir des prestations dans la limite du délai prévu à l'art. 48 al. 1 LAI. Comme l'indique l'OCAI dans sa décision d'octroi du 3 janvier 2003, les conditions pour le droit à la rente étaient réalisées en juin 1994. La demi-rente d'invalidité pourra être accordée dès cette date, dans la mesure où le délai maximum de cinq à compter rétroactivement à partir du mois auquel la demande de 1998 a été présentée est bel et bien respecté.

Sur le vu de ce qui précède, le recours est donc partiellement admis.

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 partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie le dossier à l'OCAI pour nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'200 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Elisa COACCI

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