RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1422/2002 **ATAS/251/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 15 avril 2004

5ème Chambre

En la cause

Madame C_____ recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 3 intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine STECK, Juges

---

EN FAIT

1. Par décision du 26 octobre 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a mis Madame C_____, née en 1956, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er décembre 1998 et d'une demi-rente dès le 1er août 1999. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force de chose jugée.

2. Celle-ci était fondée essentiellement sur l'expertise du 15 février 2001 du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Les experts de ce centre avaient diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dysthymie et une personnalité dépendante à traits immatures et passifs agressifs. Ils avaient conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité légère, tout en relevant que l'expertisée se sentait totalement incapable de travailler.

3. Par lettre du 29 avril 2002, reçue par l'OCAI le 2 mai 2002, l'assurée a formé une demande de révision de la décision du 26 octobre 2001 de ce dernier, en faisant valoir qu'il ne lui était pas possible d'exercer une activité professionnelle, même à 50%, et qu'elle ne pouvait pas non plus s'occuper des activités ménagères. Aucune pièce corroborant ces dires n'était annexée à cette missive.

4. Par sa lettre du 13 mai 2002, l'OCAI a invité l'assurée à lui communiquer, dans un délai de 15 jours dès réception de sa missive, les faits nouveaux justifiant sa demande et les pièces probantes y relatives, tout en lui indiquant qu'à défaut il ne pourra entrer en matière sur son cas.

5. Le 27 mai 2002, l'assurée a communiqué à l'OCAI qu'elle avait eu un rendez-vous le 24 mai écoulé avec son psychologue et que ce dernier allait lui envoyer un rapport et une lettre explicative concernant l'évolution de son état de santé. Elle a précisé que son mal physique était devenu également psychologique.

6. En date du 24 mai 2002, le Docteur L_____, chef de clinique de l'Unité de psychiatrie de liaison des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a fait parvenir à l'OCAI copie de la lettre du 16 avril 2002 à la Doctoresse M_____, ainsi que copie de ses rapports du 5 mars 2001 et du 5 février 2002. Dans son dernier courrier, il a informé la Doctoresse M_____ qu'à la suite d'une nouvelle évaluation de sa patiente et qu'au vu de l'évolution

défavorable sur le plan thymique et de la gestion de la douleur, il a adressé la patiente à la Consultation Ouest du département de psychiatrie des HUG pour un suivi spécialisé. Dans son rapport du 5 mars 2001, il a posé le diagnostic de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique, ainsi que de fibromyalgie. Dans celui du 5 février 2002, il a constaté que depuis novembre 2001 l'état clinique de la patiente était resté inchangé en ce qui concernait la fibromyalgie et l'état dépressif. Il a par ailleurs posé le même diagnostic que dans son rapport précédent. Enfin, il a indiqué qu'un traitement antidépresseur a été introduit.

7. Après avoir communiqué le projet de décision de non-entrée en matière à l'assurée et après l'avoir entendue, l'OCAI lui a notifié le 15 août 2002 une décision formelle dans ce sens, au motif qu'elle n'avait pas établi de manière plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer son droit à la rente.

8. Par courrier du 2 septembre 2002 à l'OCAI, l'assurée a contesté cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. Elle a fait valoir que son état de santé s'était aggravé, de sorte qu'elle était totalement incapable de s'occuper de son ménage. Elle a par ailleurs indiqué que ses médecins, le Docteur N_____, psychiatre, et la Doctoresse O_____ pourrait le confirmer. L'OCAI a transmis cette missive à la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : Commission de recours) comme objet de sa compétence.

9. Le 13 septembre 2002, le Docteur V. N_____ a communiqué à la Commission de recours que la recourante était suivie par la Consultation de psychiatrie de la Jonction depuis le 3 mai 2002. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une fibromyalgie. L'incapacité de travail de sa patiente était de 100%.

10. Dans sa détermination du 25 novembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que les rapports du Docteur L_____ du 5 mars 2001 et du 16 avril 2002 ne contenaient aucun éléments nouveaux et ne permettaient ainsi pas de conclure à une aggravation de son état. En effet, les atteintes à la santé diagnostiquées par ce médecin avaient déjà été prises en considération dans le cadre de l'instruction de la première demande.

11. Le 15 septembre 2003, le Docteur P_____ a informé la Commission de recours que l'incapacité de gain de la recourante avait été de 100% durant toute l'année 2003 et lui a demandé de réexaminer son droit aux prestations.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003 (art. 1 let. r LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (ci-après aLAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après aRAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS).

4. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence, une nouvelle demande de prestations d'invalidité ne peut être examinée, aux termes de l'art. 87 al. 4 RAI, que si les conditions prévues à l'al.3 de cette disposition sont remplies. Selon celles-ci, l'assuré doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Après avoir rendu précédemment une décision de refus total ou partiel de ses prestations entrée en force, l'administration doit en effet pouvoir 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). Après la réception d'une nouvelle demande, l'administration est dès lors dans un premier temps tenue d'examiner si les allégués de l'assuré sont plausibles. Dans la négative, elle doit rejeter la demande par une décision de non-entrée en matière. L'administration doit se montrer d'autant plus sévère pour apprécier le caractère plausible des dires de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa dernière décision est bref. Elle jouit à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Dans cette hypothèse, il appartient au juge saisi du recours uniquement d'examiner si le refus de l'entrée en matière était justifié (ATF 117 V 198). Il convient également de relever que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure de demande de révision (ATFA non publié du 16 octobre 2003, I 249/01, consid. 5.2.5).

Lorsque le recourant n'établit pas de façon plausible dans sa requête de révision un motif d'entrée en matière, mais se contente de se référer à des moyens de preuve, en particulier des rapports médicaux qui n'ont pas été produits et doivent encore être demandés, l'administration doit lui fixer un délai convenable pour l'envoi de ces moyens, tout en lui indiquant qu'à défaut l'entrée en matière sera refusée. Lorsque l'administration rend par la suite une décision de non-entrée en matière, les tribunaux procèdent à l'examen de la cause sur la base de l'état de fait qui s'est présenté à l'administration (cf. ATFA op. cit.).

5. En l'occurrence, force est de constater que la recourante n'établit d'aucune façon, dans sa demande de révision, que son état de santé s'est détérioré. En effet, aucun rapport médical dans ce sens n'était joint à sa missive et elle s'est contentée d'indiquer que son médecin-traitant, la Doctoresse Q_____ était au courant de ses problèmes de santé.

   Par son courrier du 13 mai 2002, l'OCAI a fixé un délai de 15 jours à la recourante pour lui indiquer les faits nouveaux qui auraient motivé sa demande ainsi que les moyens de preuve. Cet Office lui a également indiqué qu'il ne pourrait pas entrer en matière sur son cas. Il convient par conséquent d'admettre que l'OCAI a respecté les exigences de procédure, lorsqu'une demande de révision déposée ne rend pas plausible l'aggravation de l'état de santé alléguée.

6. Des rapports médicaux transmis par le Docteur L_____, il résulte que ce médecin a diagnostiqué un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et une fibromyalgie diagnostiqué déjà avant la décision de l'OCAI du 26 octobre 2001. Dans son rapport du 5 février 2002, ce médecin indique le même

diagnostic. Par ailleurs, il relève que, depuis son évaluation en novembre 2001, soit peu après la décision dont la révision est demandée dans la présente procédure, l'état clinique de la patiente est resté inchangé en ce qui concerne la fibromyalgie et l'état dépressif. De ces rapports ne résulte pas une aggravation de l'état de santé de la recourante. Toutefois, dans sa lettre du 16 avril 2002, ce praticien fait état d'une évolution défavorable sur le plan thymique et de la gestion de la douleur, en faisant référence à une nouvelle évaluation, laquelle n'était toutefois pas annexée à son courrier, à moins qu'il ne s'agisse de son rapport daté du 5 février 2002. Cette seule missive est insuffisante pour admettre que l'état de santé de la recourante s'est aggravé de manière à modifier le droit à une rente, ceci d'autant plus que la demande de révision n'a été déposée que six mois après la décision de l'OCAI du 26 octobre 2001. Quant aux communications que les médecins de la recourante ont adressées à la Commission de recours dans le cadre de la présente procédure, il ne peut en être tenu compte, dès lors que le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il s'est présenté au moment où l'OCAI a statué. Par conséquent, il y a lieu de considérer que ce dernier a refusé à raison d'entrer en matière sur la demande de révision litigieuse.

Toutefois, la recourante est bien entendu libre de former le cas échéant une nouvelle demande, en prenant le soin d'établir de façon plausible l'aggravation alléguée depuis la première décision de l'OCAI du 26 octobre 2001.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision attaquée sera confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

Déclare recevable le recours formé par Madame C_____ contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 15 août 2002.

Au fond :

1. Rejette le recours.

2. Confirme la décision dont est recours.

3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité.

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 qu'elle 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	Maya CRAMER

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