RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1431/2002 **ATAS/401/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 26 mai 2004

5ème Chambre

En la cause

Madame D_____, comparant par Maître Suzette CHEVALIER
en l'étude de laquelle elle élit domicile recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé

Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Madame Doris WANGELER et Madame Isabelle DUBOIS-DUGNON, juges

---

EN FAIT

1. Madame D_____, née le avril 1955 et de nationalité iranienne, est entrée en Suisse en août 1990 et y a déposé une demande d'asile qui a été rejetée le 13 décembre 1993. Dès cette date, un permis F lui a été octroyé pour des raisons humanitaires jusqu'à l'obtention d'un permis B en date du 30 septembre 1998. Elle s'est remariée en 1999 avec un Suisse, après son divorce en 1988 en Iran.

2. A son arrivée, elle a d'abord séjourné quelques mois à Genève où elle a développé un état dépressif, pour lequel elle a consulté le psychiatre le Docteur A.

3. Elle a été ensuite attribuée au canton d'Argovie dès novembre 1990. Son état psychique s'y est dégradé au point qu'elle a dû être prise en charge par le Service psychiatrique d'Argovie pour un état dépressif sévère.

4. Du 20 avril au 1er mai 1991, elle a été hospitalisée à établissement hospitalier en raison d'une symptomatologie de précordialgies avec suspicion d'infarctus du myocarde, diagnostic qui a été écarté. L'assurée se plaignait de douleurs thoraciques, d'hyperventilation, de cervicalgies, de céphalées de tension et d'épycastralgie. Selon les constatations des médecins, la symptomatologie dépressive avec des états d'angoisses nocturnes était prédominante.

5. Pour des raisons humanitaires, elle a été attribuée en 1991 au canton de Genève où résidait son frère.

6. En 1993, elle a fait l'objet d'une hystérectomie totale.

7. Entre février 1995 et mai 1996, elle a fait l'objet d'un internement non volontaire à six reprises à la clinique de psychiatrie établissement hospitalier en raison d'épisodes d'état dépressif majeur avec risque suicidaire (quatre tentatives de suicide à l'aide de médicaments) et symptômes psychotiques (hallucinations auditives), chez une personnalité pathologique de type personnalité limite.

8. Depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'a pas exercé d'activité lucrative jusqu'au 19 octobre 1996, date à laquelle elle a été engagée par x en tant que femme de ménage « en extra » où elle a travaillé de façon irrégulière selon les besoins de son employeur jusqu'au 15 juillet 1997. Pendant cette dernière année, elle a été en incapacité de travailler à 100% pendant un jour et à 50% pendant 4 jours au mois de mars. Le 13 mai 1997, une cure de tunnel carpien à droite et une transposition

intérieure du nerf cubital droit ont été pratiquées, intervention qui a justifié un arrêt de travail complet puis partiel jusqu'au 15 juillet 1997. A cette date, l'assurée a résilié son contrat de travail.

9. Dès le 1er septembre 1997, elle a travaillé en tant que femme de buffet à la Y à raison de 6h24 par jour, ce qui correspondait à un 80% pour un horaire normal de huit heures par jour. Son travail a dû être interrompu en 1997 pendant onze jours à 100% pour cause d'accident et pendant 8 jours pour cause de maladie. En 1998, l'assurée a été totalement incapable de travailler pendant 34 jours et à 50% pendant 76 jours. Dès le 22 octobre 1998, elle a été mise en arrêt définitif de travail.

10. En octobre 1997, l'assurée a compté une année de cotisations d'assurance complète.

11. Le 16 février 1999, elle a formé une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.

12. Par son rapport du 19 avril 1999, le Docteur B, spécialiste en médecine interne, a attesté une incapacité totale de travailler en tant que femme de ménage dès le 22 octobre 1998. Il a déclaré qu'un recyclage dans une activité sans effort physique était indiqué. Ses diagnostics étaient notamment un syndrome para-vertébral lombo-sacré, un état dépressif et une dénutrition.

13. Le 7 février 2000, ce praticien a communiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et que l'état dépressif de celle-ci était réactionnel au racisme pratiqué par ses supérieurs. Elle pouvait travailler deux heures par jour en position assise et en position debout, soit au total quatre heures par jour, avec de nombreuses limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail exigible dans la profession déjà exercée était de 50%, selon les indications de ce médecin contredisant son rapport antérieur, et dans une autre activité sans port de charge, comme par exemple en tant que surveillante, du même pourcentage.

14. Dans son rapport du 23 octobre 2000, l'experte mandatée par l'assurance-invalidité, la Doctoresse C qui est spécialiste en médecine physique et rééducation, a posé le diagnostic d'état dépressif majeur avec état anxieux et somatisation, de coccygodynies et douleurs sacro-coccygiennes chroniques, d'ostéopénie et status après hystérectomie totale. Selon ce médecin, la cause de l'incapacité de travail était les affections psychiatriques et non pas les affections physiques, dès lors qu'elle n'avait constaté aucune réelle limitation fonctionnelle

et que les constatations médicales objectives ne permettaient que partiellement expliquer les douleurs de la patiente.

15. Tel est également l'avis du Docteur D qui fait état, dans son rapport du 13 juillet 2001, d'une polysymptomatologie douloureuse sans véritable substrat organique et d'une dépression due à une mauvaise intégration et une relation conjugale difficile.

16. Par son rapport du 27 août 2001, le Docteur A a confirmé une incapacité totale de travailler dès le 22 octobre 1998. Ces diagnostics sont notamment des difficultés liées à l'acculturation, un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, un disfonctionnement neurovégétatif somatoforme et des troubles dissociatifs. Il ressort, entre autres, de son rapport que l'assurée avait travaillé en Iran, après son divorce en 1988, à domicile comme couturière spécialisée pour des boutiques.

17. Le Docteur E a posé le 8 octobre 2001 les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travailler d'états dépressifs majeurs, de cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et insuffisance vertébro-basilaire. Selon ce médecin, sa patiente présentait une incapacité de travail à 50% en tant que femme de chambre dès le 13 octobre 1998.

18. Par sa décision du 25 juin 2002, l'OCAI a refusé la demande de prestations de l'assurée au motif que son invalidité était survenue avant son arrivée en Suisse, de sorte qu'elle ne remplissait pas les conditions pour bénéficier des prestations d'assurance. L'OCAI lui a toutefois reconnu un degré d'invalidité de 100%.

19. Par acte remis à la poste le 24 août 2002, l'assurée représentée par son conseil a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a contesté que l'invalidité était survenue avant octobre 1997, tout en relevant qu'elle avait travaillé du 19 juin 1996 au 31 décembre 1998.

20. Dans sa détermination du 4 novembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que l'atteinte à la santé était antérieure à octobre 1991 et que l'assurée présentait alors déjà une diminution de sa capacité de travail d'au moins 40%.

21. La recourante a persisté dans ses conclusions, dans sa réplique du 14 janvier 2003. A l'appui de ses allégations, elle a produit une déclaration du Docteur A du 13 janvier 2003, selon laquelle les troubles psychiatriques n'avaient pas été

invalidants durant la période du 31 août 1990 au 30 août 1991 et elle a recouvré une capacité de travail par la suite.

22. Dans sa duplique du 12 février 2003, l'OCAI a également persisté dans ses conclusions.

23. Le 17 mars 2003, la recourante a produit un certificat médical du médecin iranien F du 24 février 2003, dans lequel ce dernier atteste avoir traité la recourante pendant la période de mars 1972 à mars 1990 et qu'elle n'avait alors pas présenté des maladies chroniques particulières.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003 (cf. 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 trancher le 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 LAI) et de son règlement 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 articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après *a*LAVS).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent le domicile et leur résidence habituelle en Suisse, s'ils comptent lors de la survenance de l'invalidité au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

5. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Il convient de déterminer ce moment objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références y citées).

   Lorsque l'invalidité préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance d'invalidité a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 126 V 5 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54/03 consid. 3).

6. En l'espèce, il est indéniable que la dépression dont souffre la recourante et qui a provoqué son invalidité selon les médecins consultés s'est déclarée bien avant même qu'elle ait rempli la condition d'une année de cotisations d'assurance complète pour bénéficier des prestations d'invalidité. Cependant n'est pas déterminant le moment où la maladie se déclare, mais celui où elle engendre une incapacité de travail de 40% au moins, s'agissant du droit à une rente.

   En l'occurrence, au vu du dossier médical, il ne peut pas être exclu, sans que cela puisse être déterminé avec certitude, que la recourante était déjà, pendant certaines périodes du moins, en incapacité totale de travailler pendant une longue durée avant qu'elle ne remplisse les conditions pour bénéficier des

prestations de l'assurance-invalidité. Toutefois, cette question peut rester ouverte, dès lors que son état de santé s'était manifestement amélioré ultérieurement au point qu'elle a pu exercer une activité lucrative pendant une période relativement longue, même si son travail a été interrompu par quelques arrêts-maladie. La recourante a en effet pu travailler d'octobre 1996 à presque mi-mai 1997 à xsans interruption notable. En partie, son temps de travail dans cet établissement correspondait à une occupation à 100%, voire plus. Si elle a été en arrêt de travail dès le 13 mai 1997, cette incapacité de travail était justifiée non pas par la dépression qui pourrait en l'occurrence justifier l'octroi de prestations d'invalidité, mais par la cure du tunnel carpien. Par la suite, elle a travaillé à la Y du 1er septembre au 17 décembre 1997 sans aucune interruption pour cause de maladie. Ce n'est que par la suite qu'elle a été incapable de travailler pour des raisons liées à sa santé psychique. Par conséquent, il convient de considérer que, même en admettant que la recourante a présenté une incapacité de travail de longue durée de 40% au moins déjà avant de remplir les conditions d'assurance, il y a une interruption de l'invalidité, dès lors que sa capacité de travail s'est améliorée pendant une assez longue durée. Il ne fait à cet égard pas de doute que si elle avait bénéficié auparavant d'une rente d'invalidité, celle-ci aurait été supprimée en application de l'art. 88a RAI, selon lequel tout ou partie du droit aux prestations est supprimé, si une amélioration de la capacité de gain d'un assuré durant une assez longue période est constatée ou si ce changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Cela étant, l'incapacité de travail de la recourante survenue dès octobre 1998 constitue un nouveau cas d'invalidité.

L'assurée ayant rempli la condition d'une année de cotisations complète en octobre 1997, elle a donc droit aux prestations pour l'éventuelle invalidité qui est survenue postérieurement.

7. Reste à examiner si l'assurée présente une invalidité au sens de la loi et quel est son degré d'invalidité.

8. Selon la jurisprudence en la matière, les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur

un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF 102 V 165 ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, (ATF 127 V 294). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

9. Pour calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge doit se fonder sur les documents fournis par les médecins. Ces derniers ont pour tâche d'apprécier l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelle activité l'assurée est incapable de travailler. Ces données constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assurée.

   Pour reconnaître une valeur de preuve à un rapport médical, il faut qu'il examine de manière complète les points litigieux, se fonde sur des examens approfondis, prenne en compte les maux dont se plaint l'assuré, soit établi en pleine connaissance les antécédents de celui-ci (anamnèse) et soit claire dans l'exposé des corrélations médicales et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert doivent être motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000, p.214 consid. 3a ; 1991, 311 ; VSI 1997, p.122, consid. 1).

10. En l'occurrence, le dossier médical contient une expertise de la Doctoresse C qui est spécialiste en médecine physique et rééducation. Toutefois, de l'avis de ce médecin, lequel est confirmé par le Docteur D, l'incapacité de travail n'est pas provoquée par des affections physiques mais exclusivement psychiatriques. Aucune expertise concernant celles-ci ne figure dans le dossier. Certes, le Docteur A a fourni le 27 août 2001, à la demande de l'OCAI, un rapport médical détaillé. Toutefois, ce dernier praticien fait état de diagnostics qui ne correspondent pas à des affectionS psychiatriques graves ou invalidantes au sens de la loi, selon l'avis médical du Service Médical Régional Léman du novembre 2001. Par conséquent, les pièces médicales ne permettent pas d'apprécier si l'incapacité de travail attestée par les médecins de la recourante est due à une maladie psychique reconnue par la LAI.

Il s'avère ainsi nécessaire de compléter le dossier par une expertise psychiatrique.

11. Au vu de ce qui précède, il convient d'annuler la décision dont est recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire consistant dans la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ainsi que pour nouvelle décision.

12. La recourante obtenant partiellement gain de cause, la somme de 1200 fr. lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de sa mandataire.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

Déclare recevable le recours interjeté par Madame D_____ contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 25 juin 2002.

Au fond :

1. Admet partiellement le recours.

2. Annule la décision précitée.

3. Renvoie la cause audit Office pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Alloue à la recourante la somme de 1200 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de sa mandataire.

5. 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