RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1548/2002 **ATAS/363/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 19 mai 2004

En la cause

Madame D_____ recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente, Mmes Valérie MONTANI et Maya CRAMER, juges.

EN FAIT

1. Madame D_____, ressortissante portugaise née en décembre 1964, est arrivée en Suisse en janvier 1985. Elle a travaillé comme dame d'office puis comme nettoyeuse.

2. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 septembre 1993, en raison de douleurs au dos, à la hanche et à la nuque. Sa demande a été rejetée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), par décision du 24 mars 1995. Figuraient alors au dossier divers rapports médicaux :

   - un rapport du Dr A, médecin traitant, du 23 septembre 1993, selon lequel l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 25 janvier 1993, en raison d'un syndrome cervical dorsal subaigu avec cervico-brachialgies gauches et radiculite sensitivo-motrice, de troubles statiques cervico-dorso-lombaires, d'une polyinsertionite, d'une sinistrose et d'une dépression larvée ;

   - une expertise du Dr B, psychiatre, de juillet 1994 et son complément d'octobre 1994, aux termes desquels, du point de vue psychiatrique, rien ne permettait de conclure à une dépression majeure ; cet expert a en outre confirmé l'évaluation de sinistrose du Dr A ;

   - une attestation du Dr A du 29 septembre 1995, retenant une incapacité totale de travail depuis le 25 janvier 1993, ainsi qu'une capacité résiduelle de travail, partielle voire totale, dans une activité plus légère où l'assurée ne devrait ni lever, ni porter de charges, ni subir d'autres contraintes.

3. Madame D _____a recouru contre la décision de l'OCAI du 24 mars 1995 et la Commission cantonale de recours, alors compétente, a rendu un jugement, le 1er février 1996, aux termes duquel elle renvoyait le dossier à l'OCAI pour l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

4. L'assurée a dès lors été convoquée par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI), aux fins d'effectuer un stage du 24 juin au 5 juillet 1996 et du 12 au 23 août 1996. Ce stage a été interrompu par l'assurée le 28 juin 1996, soit trois jours après qu'il ait commencé. Selon le médecin conseil du COPAI, le Dr C, l'interruption du stage était due essentiellement à des raisons comportementales, rendant toute observation professionnelle objective impossible (cf. rapport du 15 octobre 1996 du Dr C).

5. Une deuxième expertise a alors été ordonnée par l'OCAI, conduite par la Dresse D, psychiatre, qui a conclu que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'état dépressif, ni d'autres troubles objectifs, si ce n'était une névrose de rente ou de

revendication qui s'inscrivait dans un contexte familial déjà lourd (cf. rapport d'expertise de la Dresse D du 19 mai 1997).

6. Suite à cette expertise, l'OCAI a rendu une nouvelle décision, le 28 août 1997, rejetant la demande formée par l'assurée, au motif que celle-ci ne présentait aucune invalidité au sens de l'assurance-invalidité et que toute mesure ou tentative de reclassement professionnel était vouée à l'échec.

7. L'assurée a interjeté recours contre cette décision et la Commission cantonale de recours a, par jugement du 22 avril 1998, rejeté ledit recours, au motif que la recourante ne présentait aucune diminution de sa capacité de gain. L'assurée a porté l'affaire devant le Tribunal fédéral des assurances qui a, par arrêt du 12 novembre 1998, rejeté le recours.

8. L'assurée a repris un travail de nettoyeuse à raison de 8h15 par jour chez X du 7 mai au 4 août 2001. Elle n'a présenté aucune incapacité de travail lors de cette activité.

9. Elle a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 octobre 2001 en raison de douleurs au dos et à la nuque.

10. Son médecin traitant, le Dr E, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 1er novembre 2001, dans lequel il a diagnostiqué une douleur chronique de l'omoplate gauche, une dépression chronique, un problème de divorce ; l'état de santé était stationnaire.

11. Le deuxième médecin traitant de l'assurée, le Dr F, a, dans un rapport du 28 février 2002, diagnostiqué des rachialgies chroniques, une suspicion de fibromyalgie ainsi qu'une personnalité schizoïde. L'incapacité de travail était totale depuis le 1er juin 1998 pour une durée indéterminée et l'état de santé de la patiente s'aggravait. Cependant, dans une activité professionnelle adaptée, une reprise à 50% pouvait être tentée (possibilité de tenir la position assise pendant deux à trois heures par jour, la position debout pendant une à deux heures, la même position du corps pendant une demie-heure à une heure ; possibilité de lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum 5 kg ; les mouvements répétitifs des membres et du dos étaient prohibés).

12. Le Dr G du Établissement hospitalier centre de l'assurance-invalidité, a établi un rapport le 16 avril 2002, selon lequel il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Il a formulé les conclusions suivantes : « Sur le plan médical la présente demande ne contient pas d'éléments nouveaux. La suspicion de fibromyalgie n'est pas un élément nouveau, cette dernière n'étant autre qu'une des formes du trouble somatoforme douloureux, déjà connu antérieurement. Le trouble somatoforme douloureux de cette assurée n'est pas accompagné d'une comorbité psychiatrique. Il n'est donc pas à considérer comme invalidant au sens de

l'assurance-invalidité. Les trois évaluations psychiatriques dont nous disposions sont concordantes sur ce point. Par conséquent, du point de vue médical, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande ».

13. Se fondant sur ce rapport médical, l'OCAI a, par deux décisions du 15 mai 2002, rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, au motif que le trouble somatoforme douloureux dont était atteinte la recourante n'avait pas valeur d'invalidité.

14. Par courrier du 5 juin 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, sollicitant une rente entière d'invalidité, correspondant à une incapacité totale de travail, telle que diagnostiquée par ses médecins traitants.

15. Dans un préavis du 5 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

16. Dans ses observations complémentaires du 18 septembre 2002, la recourante a sollicité l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, correspondant au taux d'invalidité de 50%.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, entrée en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 5 juin 2002 par devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA) n'est pas applicable en l'espèce, le juge des assurances sociales n'ayant pas à tenir compte des modifications du droit ou de l'état de fait survenues après que la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1). Il en est de même des modifications survenues dès le 1er janvier 2003 dans la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai légaux devant la juridiction compétente, est recevable, conformément aux art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Lorsque 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 autre investigation. En revanche, si elle entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence 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. 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).

   Selon l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou 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 369 consid. 2 et la référence; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après 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; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

5. En l’occurrence, la recourante a déposé une première demande de prestations de l’assurance-invalidité en septembre 1993. Son médecin-traitant avait diagnostiqué un syndrome cervical dorsal subaigu avec cervico-brachialgies gauches et radiculite sentsitivo-motrice, des troubles statiques cervico-dorso-lombaires, une polyinsertionite, une sinistrose, ainsi qu’une une dépression larvée. Ce médecin jugeait qu’une capacité résiduelle de travail partielle, voire totale, dans une activité adaptée était possible. L’assurée a fait l’objet de deux expertises psychiatriques l’une conduite par le Dr B en juillet 1994 (complément d’expertise en octobre 1994) qui estimait qu’on ne pouvait pas conclure à une dépression majeure. Cet expert était d’accord avec l’évaluation de sinistrose du médecin-traitant. La deuxième experte psychiatre, la Dresse D a également conclu que sur le plan psychiatrique, il n’y avait

pas d'état dépressif ni d'autres troubles objectifs, si ce n'était une névrose de rente ou de revendication qui s'inscrivait dans un contexte familial déjà lourd (rapport d'expertise du 19 mai 1997). Sur la base de ces rapports et expertises, l'OCAI a refusé toute prestation. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations en octobre 2001. Son médecin-traitant, le Dr E diagnostique une douleur chronique de l'omoplate gauche, une dépression chronique, et mentionne un problème de divorce. Le deuxième médecin-traitant, le Dr F pose quant à lui les diagnostics de rachialgies chroniques, de suspicion de fibromyalgie, ainsi que d'une personnalité schizoïde. Selon lui, une activité professionnelle adaptée, à 50 %, pourrait être possible.

Le Dr F explique que l'état de sa patiente se péjore. Cependant, aucun des deux nouveaux médecins traitants ne s'est prononcé quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante, par rapport à la décision de l'OCAI du 28 août 1997. Rien ne permet de conclure, en l'espèce, que l'état de santé de la recourante serait resté stationnaire par rapport aux deux expertises psychiatriques effectuées ou qu'il y aurait eu une aggravation notable de son état psychique. Les deux médecins traitants diagnostiquent cependant, respectivement une dépression chronique et une personnalité schizoïde. Ces médecins ne sont cependant pas spécialisés en psychiatrie et n'indiquent pas quelle est la répercussion de ces troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante. L'on ignore aussi si la recourante présente des troubles somatoformes douloureux, sous la forme d'une fibromyalgie, ayant valeur d'invalidité.

Ainsi, en l'état du dossier, le Tribunal de céans estime qu'il n'est pas possible de se baser sur les expertises psychiatriques effectuées en 1994 et en 1997 pour juger de l'état de santé actuel de l'assurée, surtout qu'un des médecins traitants évoque une aggravation de l'état de sa patiente. Le dossier n'est donc pas en état d'être jugé.

Il convient ainsi de renvoyer ce dossier à l'OCAI, afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, en raison de la suspicion de fibromyalgie, qui devra être effectuée au Centre d'observation de l'assurance-invalidité (COMAI) de Lausanne. L'assurée devra notamment être examinée par un rhumatologue et un psychiatre qui devront poser des diagnostics précis dans le cadre d'une classification reconnue, se prononcer sur le degré de gravité l'affection, ainsi que sur l'éventuel trouble de la personnalité de la recourante et de ses conséquences sur sa capacité de travail, et évaluer, le cas échéant, le caractère exigible de la reprise par l'assurée d'une activité lucrative adaptée à son état de santé. Ils devront émettre un pronostic qui tiendra compte de divers critères, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides ou une comorbidité psychiatrique, tout en indiquant si ces affections ont valeur de maladie et ont une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Ils devront également se pencher sur la question des affections corporelles chroniques, de la perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, de l'échec de

traitements conformes aux règles de l'art. Enfin, les experts devront s'exprimer sur le cadre psychosocial de l'expertisée.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et renvoyé à l'OCAI pour l'ordonnance d'une expertise auprès du COMAI dans le sens des considérants et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à les dispositions transitoires de l'article 162 LOJ :

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;

3. Annule la décision dont est recours ;

4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire dans le sens des considérants et nouvelle décision ;

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).

Le greffier:
Walid BEN AMER

La Présidente :
Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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