

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2049/2010

ATAS/945/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 14 septembre 2010**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_ -, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame G \_\_\_\_\_ - (ci-après : l'assurée), née en 1954, est arrivée en Suisse le 1<sup>er</sup> septembre 1994. Elle a travaillé pour X \_\_\_\_\_ du 10 février 2003 au 30 novembre 2006 en qualité de collaboratrice au tri.
2. Le 10 novembre 2005, l'assurée a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral sévère et d'une cataracte. Elle sollicitait des mesures de reclassement dans une nouvelle profession et/ou une rééducation dans la même profession.
3. Dans un rapport du 13 février 2005, adressé à la WINTERTHUR ASSURANCES, l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, le Dr L \_\_\_\_\_, généraliste FMH, a posé les diagnostics suivants : syndrome du canal carpien bilatéral sévère à gauche, syndrome vertébral cervical et radiculaire sur spondylarthrite.

Le 16 août 2005, ce praticien a complété les diagnostics précités : s'agissant du syndrome du canal carpien, une récurrence après neurolyse bilatérale (les 20 janvier et 12 avril 2005) avait été constatée. Quant au syndrome vertébral, il était qualifié de sensitivo-algique à gauche. L'évolution était défavorable, l'assurée étant en traitement chirurgical auprès du Dr M \_\_\_\_\_ à Genève, et une nouvelle intervention était prévue.

4. Ces diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, ont été confirmés par ce même praticien dans un rapport du 14 janvier 2006 destiné à l'OAI. S'y ajoutent encore les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de vertiges paroxystiques bénins récidivants, dépression psychogène (traitée par le Dr N \_\_\_\_\_ depuis 2004), thyroïdite chronique, hypertension artérielle, status après néphrolithiase et pyélonéphrite récidivante à gauche.

Une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de collaboratrice en tri pouvait être exigée. Une diminution de rendement en raison de la fatigabilité des mains était toutefois à prévoir et un aménagement du poste de travail ainsi qu'une nouvelle intervention chirurgicale pouvaient permettre une amélioration de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, sollicitant moins les mains, la capacité de travail était entière, avec toutefois une diminution de rendement.

5. Par courrier du 29 septembre 2006, le Dr L \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il ne suivait plus l'assurée depuis le 25 mars 2006, cette dernière ayant décidé de changer de médecin suite à son refus de prolonger l'arrêt de travail.

6. Dans un rapport du 16 octobre 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants : troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0). L'assurée était totalement incapable de travailler et était suivie pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux mais l'évolution et le pronostic étaient défavorables.
7. Le 26 octobre 2006, le Dr P \_\_\_\_\_, généraliste FMH, a complété les diagnostics posés par le Dr L \_\_\_\_\_ et a en outre retenu des cervico-brachialgies, existant depuis 2004. Pour ce praticien, l'assurée était totalement incapable de travailler tant dans sa profession habituelle que dans une activité adaptée en raison de son état psychique.
8. Par courrier du 7 décembre 2006, le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie, a informé l'OAI qu'en raison de la présence de séquelles sensitivomotrices axonales et myéliniques discrètes à modérées à gauche et de types modérées à importantes à droite, mises en évidence lors de l'évaluation électroneuromyographique, une reprise de travail dans son activité de postière était peu probable, à tout le moins à temps complet, l'assurée ayant besoin de ses mains de manière intensive.
9. Afin de déterminer la capacité de travail exigible, l'OAI a soumis l'assurée à une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée au CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE (CEMED) à Nyon.

L'assurée a ainsi été examinée le 21 février 2007 par les Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral, avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que ceux de status après opération de la cataracte (bilatérale) et dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été posés.

Sur le plan psychique, l'expert a notamment relevé que l'assurée était très peu claire dans ses propos, les informations données étant lacunaires, ce qui laissait penser qu'elle évitait d'aborder certains problèmes et qu'elle n'avait pas tout dit. La problématique était réactionnelle, contextuelle. Suite aux événements décrits, elle a développé un état dépressif et anxieux, avec des inquiétudes contextuelles (finances, loyer à payer, etc.). Au jour de l'examen, aucune pathologie psychiatrique grave n'avait été mise en évidence, seul un trouble de l'humeur discret permettait de retenir le diagnostic de dysthymie. Quant aux attaques de panique, elles n'étaient pas suffisamment importantes pour entraîner une incapacité de gain.

L'assurée était ainsi capable de travailler à 100% dans une activité adaptée qui ne nécessitait pas de mouvements fins et répétés avec ses deux mains et le port de charges de plus de 5 kg.

Le dossier de l'assurée a été transmis au SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après : SMR) qui a retenu, dans un avis daté du 21 juin 2007, que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail depuis juin 2005. La cataracte opérée en septembre et novembre 2005 n'était pas invalidante et ces interventions n'entraînaient aucune incapacité de travail de longue durée.

10. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 18.6% ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. En outre, selon le rapport de réadaptation professionnelle daté du 11 mars 2008, des mesures professionnelles n'apparaissaient ni simples ni adéquates compte tenu de l'absence de formation certifiée de l'assurée, de sa scolarité et de son niveau en français très faibles et du fait qu'elle estimait ne plus pouvoir travailler, prévoyant recevoir une rente entière. Toutefois, sur demande écrite et dûment motivée de sa part, une aide au placement pouvait lui être accordée afin de la soutenir dans ses démarches.
11. Le 12 mars 2008, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision reprenant les constatations du rapport précité et rejetant la demande de reclassement et le droit à une rente.

Ce projet a été confirmé par décision du 6 mai 2008.

12. Le 6 juin 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de céans contre la décision précitée (A/2009/2008). Elle a notamment produit une attestation médicale du Dr P\_\_\_\_\_ à teneur de laquelle elle souffrait d'une maladie chronique du gros intestin et de la glande thyroïdienne. Dans un avis du 20 octobre 2008, le SMR a considéré que ces deux maladies ne présentaient aucun caractère incapacitant de sorte que la situation était stationnaire.

Le recours précité a été retiré par courrier du 28 novembre 2008 et par arrêt du 17 décembre 2008, le Tribunal de céans a rayé la cause du rôle (ATAS/1491/2008).

13. Dans un rapport du 27 juillet 2009, nécessité dans le cadre de la procédure interétatique initiée en vue de l'examen des droits de la recourante à une rente d'un autre pays, le Dr P\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : dépression nerveuse, séquelles du tunnel carpien bilatéral, persistantes et définitives, hypothyroïdie, cervico-brachialgies presque constantes, fatigue chronique probablement due à la dépression, douleurs abdominales chroniques et diverticulose sigmoïdienne. Pour ce praticien, l'assurée devait proscrire l'exposition à l'humidité, à la chaleur, au froid, à la fumée, au gaz, aux vapeurs et émanations, le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles et/ou de plans inclinés, le travail de nuit et les risques de chute. Le travail

n'était possible que moyennant des pauses supplémentaires et en alternant marche, positions assise et debout. Sa patiente était ainsi totalement incapable de travailler, dans sa profession habituelle de trieuse à la poste comme dans une activité adaptée.

14. Le 10 août 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison des atteintes suivantes : syndrome du tunnel carpien, syndrome vertébral et radiculaire sensitivo-algique, dépression nerveuse grave depuis septembre 2003, opération des cailloux à la vessie et maladie chronique du colon.

En annexe à cette demande, elle a fourni deux documents établis par le Dr P\_\_\_\_\_ :

- A teneur d'un rapport du 29 septembre 2008, les diagnostics suivants avaient été posés : dépression nerveuse grave depuis septembre 2003, syndrome du tunnel carpien bilatéral (opéré les 20 janvier et 12 avril 2005), avec séquelles post-opératoires définitives (sensitivomotrices axonales et myéliniques de type discret à modéré à gauche et de type modéré à important à droite), syndrome vertébral et radiculaire sensitivo-algique cervical à gauche (depuis 2004) sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale, hyperthyroïdie - thyroïdite chronique, diverticulose sigmoïdienne avec douleurs abdominales et ballonnements périodiques (découverts récemment). La dépression nerveuse était toutefois en amélioration. Les cervico-brachialgies et dorsalgies presque constantes nécessitaient des traitements fréquents par AINS et physiothérapie. L'assurée présentait également une fatigue chronique probablement due à la dépression mais ne souffrait pas de douleurs abdominales.
- Selon un certificat médical daté du 20 avril 2009, elle souffrait d'une maladie chronique du colon, nécessitant un régime spécial à vie (nourriture riche en fibres végétales, en son et mucilage).

15. Dans un courrier du 24 août 2009, adressé au Conseil de l'assurée, le Dr O\_\_\_\_\_ indiquait que l'état psychique de sa patiente s'était détérioré depuis environ un an avec des délires de type persécutoire devenus plus forts. Elle était méfiante et se sentait persécutée par son ex-mari, son ex-copain, son ex-médecin, l'hospice général et un inconnu hongrois qui l'avait dérangée à plusieurs reprises à son domicile et à l'extérieur et l'avait menacée avec un couteau. Il lui avait fait peur et elle avait appelé la police à plusieurs reprises. Les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), de trouble délirant persistant, sans précision (F22.9) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) ont été posés. Ils entraînaient une incapacité totale de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

16. Le 12 octobre 2009, le SMR s'est notamment prononcé sur le rapport du Dr O\_\_\_\_\_. Il a rappelé que selon le manuel bleu (ndlr intitulé « Classification

Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic »), le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) signalait la présence d'une association de symptômes relativement mineurs fréquemment rencontrés dans le cadre de soins de santé primaire. Un plus grand nombre encore existait dans la population générale qui ne consultait jamais, que ce soit en médecine générale ou en psychiatrie. La dépression anxieuse légère ou non persistante devait être incluse dans cette catégorie. Le diagnostic de trouble délirant persistant sans précision (F22.9) ne présentait pas de caractère incapacitant étant donné l'utilisation des termes « sans précision ». Il pouvait durer un temps limité et ne saurait être assimilé à une pathologie durable. Enfin, un trouble de la personnalité sans précision (F60.9) supposait des éléments incapacitants ou susceptibles d'être mis en évidence dès la deuxième décennie, ce qui n'avait pas été le cas de l'assurée, pour laquelle aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté lors de l'examen du CEMED du 21 février 2007.

Le SMR a donc considéré qu'il n'y avait aucun élément nouveau du point de vue psychiatrique.

17. Selon un rapport du 26 octobre 2009, du Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie de la main, le diagnostic de tunnel carpien persistant bilatéral entraînait une incapacité de travail jusqu'à mi-décembre. A partir de cette date, une reprise du travail à 100% pouvait être envisagée. Il existait toutefois une limitation temporaire de la force, le port de poids ne pouvant dépasser 5kg.
18. Le 22 mars 2010, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision à teneur duquel il n'entraînait pas en matière sur la nouvelle demande de prestations, une modification essentielle des conditions n'ayant pas été rendue vraisemblable.
19. Par courrier du 3 mai 2010, l'assurée a fait valoir son droit d'être entendue. Elle a notamment rappelé les diagnostics et indiqué que son état de santé s'était détérioré comme cela ressortait des certificats des Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ des 24 août, 15 septembre, 30 septembre, respectivement 14 octobre 2009. Elle souffrait de douleurs dues aux changements de positions, elle ne pouvait rester debout longtemps et nécessitait un traitement médicamenteux et de la physiothérapie périodique (deux fois par semaine), ses douleurs étaient permanentes dans le bras gauche et elle présentait une faiblesse dans les deux mains en raison du syndrome du tunnel carpien. Enfin, elle devait suivre un régime alimentaire à vie pour ses problèmes intestinaux.
20. Le projet du 22 mars 2010 a été confirmé par décision du 11 mai 2010.
21. Le 11 juin 2006, l'assurée a recouru contre la décision précitée. Elle considère notamment que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain

est établi de sorte que l'intimé se doit d'entrer en matière sur la demande de prestations du 11 août 2009 et de lui octroyer une rente entière d'invalidité.

A l'appui de son recours, elle produit, outre des attestations établies par le Dr P\_\_\_\_\_ en date des 9 avril 2008 et 20 avril 2009, les réponses que ses médecins ont apportées aux questions de son conseil :

- Le 15 septembre 2009, le Dr T\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de récurrence ou de persistance du syndrome du tunnel carpien bilatéral et considéré qu'il fallait attendre six mois postopératoires avant de savoir avec certitude si l'évolution était favorable. La capacité de travail de sa patiente était nulle mais elle devrait être réévaluée six mois après.
- Quant au Dr P\_\_\_\_\_, il a rappelé, le 17 septembre 2009, les diagnostics qu'il avait déjà eu l'occasion de poser par le passé. Pour lui, sa patiente était totalement incapable de travailler dans toute profession.
- Enfin, le 14 octobre 2009, le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, a retenu les diagnostics de mobilité rénale bilatérale en position debout, de dilatation pyélo-calicielle modérée à droite plus importante qu'à gauche, qui sont des séquelles d'un calcul urétéral, et d'urétrite hémorragique. En l'absence de douleurs, la capacité de travail de la recourante était entière. Par contre, en période algique, tout dépendait de sa profession et des positions adoptées (assise ou debout). Dans une autre profession, cela dépendait du temps passé debout.

22. Par courrier du 12 juillet 2010, l'intimé conclut au rejet du recours, aucune nouvelle atteinte invalidante n'ayant été mise en évidence sur le plan physique. S'agissant de l'état psychique, le SMR s'est prononcé dans un avis du 12 octobre 2009. Les éléments rapportés ne permettent ainsi pas de faire une appréciation différente de sorte que le recours doit être rejeté.

23. La position de l'intimé a été transmise à la recourante et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Dès lors que la demande de prestations date de 2009, la LPGA et la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables.

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, singulièrement si les conditions d'un tel refus sont réalisées.
4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1).

b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

c) L'exigence relative au caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATF du 5 octobre 2001, I 724/99, consid. 1c/aa).

d) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262, consid. 4a).

5. En l'espèce, la première décision de refus de prestations remonte à mai 2007. Elle était essentiellement fondée sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, dans laquelle les diagnostics suivants avaient été retenus : syndrome du tunnel carpien bilatéral (avec répercussion sur la capacité de travail ) ; status après une opération de la cataracte (bilatérale) et dysthymie (sans répercussion sur la capacité de travail).

Dans sa demande de prestations du 10 août 2010, la recourante mentionne des atteintes somatiques qui sont, en substance, superposables à celles qui existaient lors de la décision de refus de prestations en mai 2008 de sorte qu'il peut être considéré que l'état physique de la recourante ne s'est pas modifié. Par contre, il existe des indices en faveur d'une aggravation de son état psychique. En effet, en octobre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ diagnostiquait des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0). Dans son rapport d'expertise du 4 mai 2007, le CEMED a retenu que la recourante avait développé un état dépressif et anxieux, le trouble de l'humeur étant toutefois discret au jour de l'examen, raison pour laquelle seul un diagnostic de dysthymie avait été posé. Quant aux attaques de panique, elles n'atteignaient pas un seuil tel qu'une incapacité totale et durable pouvait être admise. Ces diagnostics correspondaient en substance à ceux retenus par le Dr O\_\_\_\_\_, seule leur intensité étant évaluée différemment. Désormais, le Dr O\_\_\_\_\_ retient en sus des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), un trouble délirant persistant, sans précision (F.22.9) et un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Force est donc de constater qu'il existe des indices d'une modification des circonstances entre 2008 et 2010, avec l'apparition de nouveaux diagnostics sur le plan psychique. L'OCAI se devait dès lors d'investiguer et donc d'entrer en matière sur la demande de prestations, quitte à la rejeter ensuite sur le fond.

6. Eu égard aux considérations qui précèdent, il se justifie d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour lui d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée et d'instruire notamment la question de son état psychique.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 11 mai 2010 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 10 août 2009.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 10 août 2009 et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé au versement d'un montant de 1'000 fr. à la recourante à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

La secrétaire-juriste :

Nicole WENGER

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