RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2900/2005 **ATAS/1043/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 29 novembre 2005

En la cause

Monsieur F_____, comparant par Maître Daniel MEYER en l'étude duquel il élit domicile	Recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Valérie MONTANI et Karine STECK, juges

EN FAIT

1. Monsieur F_____, ressortissant portugais né en août 1954, au bénéfice d'une formation de monteur-électricien, est arrivé en Suisse en février 1990 et y travaillé en qualité d'électricien.

2. En date du 6 juin 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à une mesure de rééducation dans la même profession ou à l'octroi d'une rente, en raison de troubles statiques de la colonne cervico-dorsale et d'une dépression.

3. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) a rassemblé divers documents médicaux concernant l'assuré.

   Le Dr A_____, neurologue, dans un rapport du 4 septembre 2001 à la Dresse B_____, médecin traitant, a fait état d'un examen neurologique normal. Selon lui, l'assuré présentait des céphalées d'origine tensionnelle s'intégrant dans le cadre d'un état anxio-dépressif. L'instauration d'un nouveau traitement antidépresseur avait été suivie d'une nette amélioration de l'état et le patient signalait de nombreuses journées durant la semaine où il se disait « normal ».

   En date du 1er octobre 2001, le Dr C_____, interniste, a adressé un rapport au Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance privée ALLIANZ SUISSE. Le patient présentait une incapacité totale de travail depuis le 4 septembre 2001 en raison d'un état anxio-dépressif avec somatisation. Il était probablement victime d'un syndrome de « burn out » et semblait épuisé et sans ressources.

4. Dans le cadre de cette même assurance, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr E_____, par ailleurs psychiatre traitant. Selon son rapport du 19 février 2002, l'expertisé présentait une pathologie dépressive d'intensité moyenne et était très affecté par des pertes de mémoire. Il était suivi au cabinet de l'expert depuis le 14 novembre 2001 et était actuellement sous traitement antidépresseur notamment. Il présentait une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée liée à un stress du travail et à la toxicomanie d'un de ses fils.

5. Sur demande de l'assurance ALLIANZ SUISSE, l'assuré a été soumis à une deuxième expertise psychiatrique conduite par le Dr F_____. Dans son rapport du 22 juillet 2002, l'expert a diagnostiqué des troubles anxieux et dépressifs mixtes ainsi qu'une exagération de symptômes/simulation. Il a formulé les conclusions suivantes : « Pour ne pas brusquer l'assuré, l'expert veut bien faire « comme si » celui-ci souffrait effectivement d'une dépression, au plus de degré

léger. Dans ce sens, un nouveau réajustement du traitement médicamenteux devrait permettre une réduction significative des symptômes permettant une reprise de travail à 100% dans quatre semaines, soit au 7 août 2002 ».

6. Dans un rapport du 11 août 2002 à l'attention de l'OCAI, la Dresse B_____ a diagnostiqué des cerivo-dorsalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne cervico-dorsale, un trouble dépressif majeur récurrent sévère sans caractéristique psychotique, un état de stress aigu, un trouble anxieux non spécifié, une hypertension artérielle, des céphalées chroniques, ainsi que des malaises d'origine indéterminée depuis le 11 juin 2001. Depuis lors, le patient présentait une incapacité totale de travail. Ces troubles n'étaient pas liés à un problème de migration, ni à du surmenage, ni n'étaient réactionnels à des événements de vie adverse.

7. Dans un rapport du 10 octobre 2002, le service du SMR Léman, dépendant de l'assurance-invalidité, a constaté, sans examen clinique, que l'assuré présentait des troubles anxieux et dépressifs mixtes. La capacité de travail était totale depuis le 7 août 2002 au plus tard dans l'activité habituelle.

8. Dans un rapport du 5 janvier 2003, la Dresse B_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs au niveau de la colonne dorsale, sur protusion discale C4-C5 et sur hernie-discale C5-C6, ainsi que des malaises sur probable insuffisance vertébro-basilaire. L'état de santé s'était aggravé depuis le 15 octobre 2002. L'ensemble des diagnostics avait une influence sur la capacité de travail. S'agissant de la capacité de travail, elle a relevé que le patient présentait d'importants troubles au niveau du rachis cervico-dorsal entraînant des vertiges et des malaises. L'incapacité était toujours totale.

9. Dans un rapport du 3 mars 2003, le psychiatre E_____ a indiqué que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail du 19 septembre 2001 au 15 août 2002, une capacité totale de travail du 16 août au 14 octobre 2002, puis une incapacité totale de travail depuis le 15 octobre 2002. Depuis l'été 2002, il y avait cependant amélioration de la thymie.

10. Dans un rapport du 1er juillet 2003, le SMR Léman a relevé que l'aggravation de l'état de santé à partir du 15 octobre 2002, rapportée par la Dresse B_____, n'avait pas été étayée par de nouveaux documents médicaux. En effet, le rapport d'un scanner cérébral du 13 juillet 2001 était normal, les radiographies cervicales du 12 décembre 2001 et le scanner du rachis cervical du 26 novembre 2002 faisaient apparaître quelques troubles dégénératifs banals et le consilium de neurologie du 15 octobre 2002 étaient entièrement normal. Le Dr E_____ avait quant à lui relevé que l'état allait en s'améliorant depuis l'été 2002. Il convenait par conséquent de se référer à l'expertise du Dr F_____, qui concluait à l'exigibilité de l'activité exercée précédemment depuis août 2002.

11. Par décision du 11 décembre 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er juin au 30 novembre 2002.

12. Par courrier du 13 janvier 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis le 15 octobre 2002, qu'il s'était amélioré en avril 2003, puis qu'il s'était à nouveau péjoré à partir de juin 2003. Son psychiatre lui avait prescrit une incapacité de travail à 50% depuis juin 2003 et son médecin traitant l'avait mis en arrêt de travail complet à partir de septembre 2003.

13. En date du 16 janvier 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi d'une rente.

14. Par courrier du 13 février 2004, il a transmis différents documents médicaux à l'OCAI. Un certificat du Dr E_____ du 9 février 2004 attestait d'une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques de 50% en raison d'un état dépressif dont l'intensité oscillait de légère à moyenne. Un rapport des Hôpitaux Universitaires de Genève du 4 août 2003 mettait en évidence un syndrome fibromyalgique de tout l'hémicorps gauche avec un seuil de perception de la douleur massivement abaissé. Une imagerie médicale du Dr G_____ du 27 novembre 2002 faisait état d'une nouvelle atteinte, soit d'une discrète cervicarthrose en C5-C6 avec protusion discale prononcée appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural.

15. Dans un rapport du 2 mai 2004, la Dresse B_____ a diagnostiqué des malaises sur insuffisance vertébro-basilaire, des troubles statiques et dégénératifs de la colonne CD lombaire ainsi qu'une fibromyalgie. L'état de santé s'était aggravé depuis une année environ. L'incapacité de travail était totale.

16. Dans un rapport du 3 mai 2004, le Dr E_____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger, ainsi qu'une hypertension artérielle. Le status clinique était inchangé et l'incapacité pour des raisons psychiatriques s'élevait à 50% depuis le 23 juin 2003.

17. Par décision du 18 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 13 janvier 2004. Cet office a considéré que l'assuré ne s'était pas opposé au principe de la suppression de la rente, puisqu'il admettait une amélioration de son état de santé avec reprise de la capacité de travail, mais qu'il avait contesté le calcul de la rente, qui était au demeurant correct.

18. Par décision du 3 mars 2005, l'OCAI a rejeté la deuxième demande de l'assuré, du 2 mars 2004, faisant valoir que ce dernier n'avait pas établi de manière plausible que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer son droit à la rente. En effet, les documents médicaux démontraient qu'il présentait toujours les mêmes atteintes qu'au moment de la suppression de la rente octroyée du 1er juin au 30 novembre 2002 .

19. Par courrier du 8 avril 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir une aggravation de son état de santé.

20. Par courrier du 15 juin 2005, il a complété son opposition. Il a expliqué que les séances de thérapie avec son psychiatre s'étaient intensifiées depuis la fin 2003. Le Dr E_____ considérait que depuis le mois de juin 2003, son état de santé s'était fortement aggravé, puisque nonobstant un suivi médical régulier, sa capacité résiduelle de travail était de 50%. Quant à la Dresse B_____, elle estimait qu'il présentait une incapacité totale de travail, en raison notamment de problèmes d'ordre psychique et lombaire, d'invalidantes céphalées tensionnelles, de vertiges avec perte d'équilibre et de connaissance. Dès lors, il se justifiait de lui octroyer au moins une demi-rente d'invalidité et d'ordonner des mesures professionnelles.

21. Par décision du 14 juillet 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition. L'office avait rendu une décision de rente limitée dans le temps de juin à novembre 2002 en date du 11 décembre 2003, que l'assuré n'avait pas contestée sur le fond. Le 16 janvier 2004, il avait déposé une nouvelle demande de prestations alléguant que sa capacité de travail était réduite de 50% depuis le 23 juin 2003 et de 100% depuis le 25 septembre 2003. Cependant, les documents produits ne mettaient pas en évidence d'aggravation objective et significative de l'état de santé. En effet, sur le plan psychiatrique, les éléments rapportés par le Dr E_____ ne différaient pas de ceux évoqués par le Dr F_____ dans son rapport d'expertise du 22 juillet 2002 et sur le plan somatique, le SMR Léman n'avait relevé aucune aggravation de l'état de santé, les certificats médicaux établis par le médecin traitant ne faisant état que de plaintes subjectives, insuffisantes pour fonder un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

22. Par courrier du 17 août 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'à l'octroi de mesures professionnelles. Il a fait valoir que l'OCAI n'avait pas tenu compte des rapports médicaux du Dr G_____ qui confirmaient par des constatations objectives les multiples douleurs et plaintes d'origine cervico-dorso-lombaire qui s'inscrivaient dans un contexte de fibromyalgie. Cet office n'avait pas non plus pris en considération les avis médicaux récents du Dr E_____ qui décelait en date du 9 février 2004 une aggravation de l'état de santé. Il avait ainsi par la production de ces documents rendu plausible l'aggravation objective et significative de son état et s'étonnait que l'intimé n'ait pas jugé utile de faire procéder à une expertise bi-disciplinaire.

23. Dans sa réponse du 15 septembre 2005, l'OCAI s'est référé à ses décisions, ainsi qu'aux pièces du dossier, concluant au rejet du recours.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence est donc établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dès lors, comme l'aggravation invoquée se serait produite en 2003, les dispositions de la LPGA s'appliquent au droit de fond. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, est recevable à la forme (cf. art. 60 LPGA).

5. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'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 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande,

l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATFA B. non publié du 13 juillet 2000, en la cause H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références citées).

6. L'intimé s'est basé sur l'art. 87 al. 4 RAI pour rejeter la deuxième demande du recourant sans entrer en matière sur le fond, invoquant le fait qu'il n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Selon l'OCAI, les documents médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande ne permettent pas de constater d'aggravation significative et objective de l'état de santé; sur le plan psychiatrique, les éléments rapportés par le Dr E_____ ne différeraient pas de ceux évoqués par l'expert F_____ et sur le plan somatique, les certificats établis par la Dresse B_____ ne feraient état que des seules plaintes de l'assuré, ce qui est insuffisant pour fonder un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

   En l'occurrence, il convient de déterminer si l'office intimé pouvait sans autre examen rejeter la demande du recourant, soit ne pas entrer en matière sur ladite demande. Pour cela, le Tribunal de céans doit prendre en compte l'état de fait jusqu'à la date de la décision sur opposition de l'intimé (14 juillet 2005). En outre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité, dans un cas comme celui-ci, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

   Le Tribunal de céans constate que le recourant a produit un rapport de son médecin traitant du 2 mai 2004 faisant état d'une fibromyalgie, ce qui constitue un nouveau diagnostic. Cette affection est en outre déjà évoquée par les Hôpitaux Universitaires de Genève dans un rapport d'août 2003, qui met alors en évidence un syndrome fibromyalgique de tout l'hémicorps gauche avec un seuil de perception de la douleur massivement abaissé (12 points sur 18 sont douloureux). Or, cette fibromyalgie diagnostiquée par la Dresse B_____ en 2004 doit être investiguée, puisque cette affection n'était pas présente lors de la première demande du recourant. Par ailleurs, une imagerie médicale du Dr G_____ du 27 novembre 2002 fait état d'une nouvelle atteinte (discrète cervicarthrose en C5-C6 avec protusion discale prononcée appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural) qu'il convient également d'examiner. Enfin, l'état psychique du recourant devra être investigué à nouveau, vu l'attestation du Dr E_____ et la problématique liée au trouble somatoforme douloureux.

   L'OCAI se devait dès lors d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant et de procéder à l'instruction du dossier.

   Le recours, bien fondé, sera par conséquent admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction de la demande, notamment par rapport au nouveau diagnostic de fibromyalgie, et nouvelle décision.

7. Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens qui seront fixés à 1'500 fr.

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.

3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction de la demande et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à payer au recourant 1'500 fr. à titre de dépens.

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 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 — La Présidente

Pierre RIES — Isabelle DUBOIS

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 le