

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3234/2008

ATAS/681/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 mai 2009

En la cause

Madame K_____, domiciliée à Chêne-Bourg, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame K_____, née en 1949, a travaillé en qualité de laborantine en chimie.
2. Le 6 décembre 1999, elle a été renversée par un véhicule. Cet accident a eu pour conséquences une fracture et un tassement du plateau tibial externe gauche.
3. Le 17 octobre 2000, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).
4. L'assurée a tenté de reprendre le travail à mi-temps au mois de février 2002 mais, après une chute dans les escaliers, le 20 avril 2002, elle s'est à nouveau retrouvée dans l'incapacité totale de travailler.
5. Par décision du 9 septembre 2002, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière à compter du 1er octobre 2002, remplacée par une demi-rente à compter du 1er juin 2001 (le passage de la rente entière à la demi-rente a par la suite été reporté au 30 avril 2002 par décision du 8 avril 2003), au motif que son état de santé s'était amélioré de telle manière que l'assurée aurait pu reprendre son ancienne activité professionnelle à mi-temps à partir du 1er février 2002. L'OCAI a encore souligné qu'en cas de besoin, l'assurée pourrait faire appel à l'aide de son service de placement.

Au cours de l'instruction ayant abouti à cette décision, l'OCAI avait réuni les documents suivants :

- un consilium psychiatrique daté du 26 juin 2000 concluant à l'absence d'anxiété pathologique, de trouble affectif significatif ou de trouble de la personnalité atteignant un seuil du diagnostic;
- un rapport de la Clinique romande de réadaptation du 10 août 2000 concluant à la totale incapacité de travail de l'assurée dans l'activité de laborantine;
- un rapport du Dr L_____, spécialiste des maladies rhumatismales, du 15 décembre 2000 concluant également à une totale incapacité de travail;
- un courrier de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), estimant, suite à l'examen de l'assurée par le médecin d'arrondissement, qu'une reprise de travail à 50% dans une activité adaptée - c'est-à-dire s'effectuant essentiellement en position assise ou permettant d'alterner les positions - était envisageable dès le 1er mars 2001 (cf. courrier du 6 février 2001);
- un consilium psychiatrique du 15 mai 2001 de la clinique romande de réadaptation, retenant cette fois le diagnostic de trouble dépressif majeur de

degré moyen nécessitant un suivi spécialisé et occasionnant une incapacité totale de travail pour les seuls motifs psychiques jusqu'à la fin du mois de juin 2001, précisant par ailleurs que, malgré les limitations physiques dues à la diminution de la mobilité de la cheville, aux gonalgies, à un petit épanchement articulaire et aux douleurs chroniques diffuses, le principal problème de l'assurée résidait dans un état dépressif majeur;

- le rapport d'examen final du Dr M_____ pour la CNA, daté du 10 janvier 2002, arrivant à la conclusion que la patiente ne pouvait ni surcharger le membre inférieur gauche ni rester longtemps debout et devait par ailleurs éviter les longs déplacements, les escaliers, la marche en terrain instable et les accroupissements répétitifs; le médecin concluait que, dans le cadre d'une activité adaptée privilégiant une activité assise ou permettant d'alterner les positions, ne requérant que des déplacements sur de petites distances et terrain plat, la capacité de travail de l'assurée demeurait entière, à plein temps et à plein rendement;
 - un rapport du Dr N_____ du 21 janvier 2002 faisant état d'une légère amélioration depuis le mois d'octobre 2001 et évaluant la capacité de travail de l'assurée à 50% ;
 - deux rapports du Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, datés des 12 et 13 février 2002, retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et de trouble panique (F 41.0) mais faisant état d'une évolution favorable et concluant à la possibilité d'une reprise du travail à 50% dès le 1er mars 2002 ;
 - un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI concluant que l'assurée souffrait de séquelles à la cheville gauche, de lombalgies, d'état dépressif et de trouble panique, que le métier de laborantine était compatible avec ses limitations physiques mais ne pourrait être exercé plus de vingt heures par semaine, vu l'état psychique de l'intéressée, car ce poste impliquait une grande concentration et un sens aigu des responsabilités;
 - la décision de la SUVA du 18 juillet 2002, mettant un terme au versement des indemnités journalières dès le 31 août 2002, date à compter de laquelle la SUVA a considéré que l'état de santé de l'intéressée s'était sensiblement amélioré et que l'invalidité résultant des seules séquelles de l'accident n'était plus que partielle.
6. Par écriture du 9 octobre 2002, l'assurée avait alors interjeté recours auprès du Tribunal de céans en contestant avoir recouvré une quelconque capacité de travail, vu ses douleurs dans le membre inférieur gauche et sa dépression sévère. Elle alléguait que son espoir de pouvoir retravailler à mi-temps s'était évanoui après plusieurs tentatives de réinsertion qui s'étaient soldées par des échecs et produisait

à l'appui de ses dires une attestation de Y_____ de Carouge, indiquant qu'elle y avait fait un stage en qualité de conseillère de vente du 7 au 11 octobre 2002 mais que le travail n'était pas approprié à son état de santé.

7. Dans un courrier adressé le 13 février 2003 au médecin-conseil de l'OCAI, le Dr O_____ avait demandé la réévaluation de la rente de sa patiente de 50 à 100%. Il avait expliqué que l'assurée avait développé un état dépressif sévère résistant au traitement antidépresseur, qu'une prise en charge cognitivo-comportementale avait certes permis d'obtenir une amélioration transitoire de l'humeur et d'envisager une reprise du travail à 50% en mars 2002, mais que la patiente, après avoir entrepris un stage dans une entreprise de matériel laboratoire au mois de septembre 2002, avait subi une aggravation importante des douleurs du membre inférieur gauche et plusieurs chutes qui l'avaient obligée à interrompre son activité. Depuis lors, elle présentait une péjoration importante de l'état dépressif, de type mélancolique avec mauvaise estime de soi et idées suicidaires envahissantes. Elle était en arrêt de travail depuis octobre 2002 et le pronostic était défavorable.
8. Par décision du 16 juillet 2003, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente de 50% du 1er septembre 2002 au 31 juillet 2003, ainsi qu'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 10%.
9. Le 19 mai 2004, le Tribunal cantonal des assurances, constatant que l'aggravation psychique alléguée était postérieure à la décision de septembre 2002 et n'avait donc pas à être prise en compte dans celle-ci, a rejeté le recours de l'assurée et renvoyé la cause à l'OCAI pour examen de l'aggravation (ATAS 381/2004).
10. Le 19 août 2004, l'assurée a formellement rempli une demande de révision de sa rente.
11. Dans un rapport daté du 19 septembre 2004, le Dr O_____, a fait état d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente, expliquant que la dépression récurrente de cette dernière traversait alors un épisode léger. Le psychiatre traitant a toutefois précisé que depuis 2000, il y avait eu trois récurrences, malgré le traitement antidépresseur. Expliquant que sa patiente déprimait vite et gravement, le médecin a conclu : « Une capacité de gain stable est donc nulle. » et a émis l'avis qu'une activité à plein temps ou à temps partiel n'était pas envisageable en raison de la fatigue et des douleurs de sa patiente.
12. Dans un courrier adressé à la Dresse P_____, le Dr Q_____, du Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'hypertension artérielle. En effet, seize points sur dix-huit de fibromyalgie s'étaient révélés positifs.
13. L'OCAI a confié le soin au Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'examiner l'assurée. L'expert a rendu son rapport en date du

1^{er} juillet 2005 sur la base du dossier mis à sa disposition et d'un entretien avec la patiente.

L'expert n'a relevé aucun élément en faveur d'un état psychotique, pas plus qu'en faveur d'un éventuel trouble de la personnalité. En revanche, il a constaté une instabilité psycho-émotionnelle, qu'il a qualifiée de légère à moyenne, et dont il a indiqué qu'elle constituait l'élément psycho-pathologique essentiel.

Sur le plan purement psychiatrique, le médecin a finalement retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode léger, précisant que d'autres éléments pourraient être évoqués, comme par exemple une tendance neurasthénique, mais que les arguments n'étaient pas suffisamment renforcés pour les retenir sous forme de termes diagnostiques. En parallèle à ce diagnostic principal, il a retenu celui d'instabilité émotionnelle assez importante, dont il a précisé qu'il ne correspondait pas à un terme diagnostique clairement défini par l'OMS. L'expert a également indiqué qu'il semblait exister une certaine réduction globale de la capacité d'adaptation et de mobilité mentale de l'assurée, peut-être dans le sens d'un changement de personnalité après expérience de maladie psychiatrique, sans pouvoir l'affirmer.

L'expert a estimé qu'il était évident que l'assurée ne disposait plus de la mobilité nécessaire pour être performante en tant que laborantine et que cela pouvait se traduire par une baisse de rendement de 20% environ ou par le fait d'envisager plutôt la profession d'aide-laborantine, que celle de laborantine à proprement parler.

En conclusion, l'expert a évalué l'incapacité de travail de 50% en soulignant que, bien qu'elle ne soit pas directement à considérer comme cyclothymique, la patiente restait vulnérable et influençable par rapport aux événements environnants (pièce 70 OCAI).

14. Par décision du 6 septembre 2005, l'OCAI, se basant sur le résultat de cette expertise, a rejeté la demande d'augmentation de rente d'invalidité.
15. Cette décision a été confirmée, sur opposition, en date du 22 mai 2006, au motif que les conditions permettant de reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant n'étaient pas remplies.
16. Entre-temps, l'assurée a été hospitalisée du 6 au 20 avril 2006 dans le Service de rhumatologie des HUG, où ont été posés les diagnostics de fibromyalgie décompensée et lombo-ciatalgie droite.
17. En août 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, demande visant à l'obtention d'une rente, d'une rééducation dans la même profession et d'un placement. En substance, l'assurée a invoqué une aggravation

constante de son état de santé et s'est déclarée prête à travailler dans un laboratoire si l'OCAI pouvait l'aider à trouver une place. Elle a par ailleurs fait remarquer que son âge - 58 ans au moment de cette demande - réduisait encore ses chances de retrouver une place de travail.

18. A été versée au dossier une appréciation médicale établie par le Dr S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention de la SUVA, en date du 22 novembre 2007 (pièce 101 OCAI). Ce médecin conclut à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 6 décembre 1999 et le trouble dépressif de la patiente. Par ailleurs le Dr S_____ exprime l'avis suivant, s'agissant du rapport du Dr R_____ :

« Ce rapport d'expertise est lacunaire car il ne mentionne pas les raisons précises qui permettent à l'expert de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, alors que tous les rapports précédents ont posé le diagnostic d'épisode dépressif, d'exclure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou de fibromyalgie. De plus, il ne mentionne pas de manière claire et détaillée l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, qui permettrait cette nouvelle évaluation de la capacité de travail. En conséquence, j'estime que le rapport d'expertise du Dr R_____ ne permet pas d'estimer que la capacité de travail de l'expertisée s'est notablement et durablement améliorée. »

19. Le 3 mai 2007, le Dr O_____ a également établi un rapport à l'attention de la SUVA retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique et de trouble panique. Il en ressort que dès mi-2006, l'assurée a retrouvé une certaine stabilité et une évolution psychique progressivement favorable, mais a rechuté brutalement en mars 2007. La patiente est décrite comme étant coupée de son milieu socioprofessionnel habituel et se heurtant aux échecs de ses diverses tentatives de réinsertion professionnelle, qui ont eu pour conséquence la persistance et la péjoration d'un état dépressif.
20. Le 9 mai 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. L'OCAI a en effet considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.
21. L'assurée a contesté ce projet en faisant remarquer que la SUVA, par décision du 18 janvier 2008, avait quant à elle accepté, après réexamen de la situation, de continuer à lui verser une rente de 100% (pièce 98 OCAI). Au surplus, elle a produit :
- le résumé d'un séjour d'hospitalisation aux urgences le 27 septembre 2007 à la suite d'un malaise vaso-vagal favorisé par la prise de Xanax,

- un rapport dressé le 25 septembre 2007 par le Service de rhumatologie des HUG à son médecin-traitant, concluant à une exacerbation des douleurs diffuses fibromyalgiques dans un contexte de surcharge et d'une évolution favorable sous physiothérapie et antalgie, permettant un retour à domicile,
- un bref courrier adressé par la Fondation IPT au Dr O_____ le 9 novembre 2007 rédigé en ces termes « Conviée à une séance d'information afin de lui présenter notre Fondation, puis à une brève entrevue avec l'un de nos conseillers, il s'est avéré que la candidate est en incapacité totale de travailler due à un problème de santé en cours de traitement »,
- une décision de l'Office cantonal de l'emploi du 19 mars 2008 concluant à l'absence d'aptitude au placement objective et subjective.

En conséquence de quoi, l'assurée, estimant avoir ainsi rendu vraisemblable la dégradation de son état de santé, a demandé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et rhumatologique.

22. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr T_____, médecin auprès du SMR, qui, le 18 juin 2008, a considéré que les éléments objectifs étaient toujours les mêmes et que les plaintes restaient très importantes et paraissaient fluctuer. Il a émis l'avis que les derniers documents médicaux ne permettaient pas de démontrer une aggravation notable et objective de l'état de santé depuis 2005, où l'assurée s'estimait déjà totalement incapable de travailler. Il a relevé par ailleurs que l'assurée disposait tout de même de certaines ressources puisqu'elle pouvait s'occuper de ses petits-enfants. Enfin, le Dr T_____ a relevé que l'hospitalisation en avril 2006, antérieure à la dernière décision, retenait une lombosciatique et une fibromyalgie.
23. Par décision du 10 juillet 2008, l'OCAI a donc refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assurée.
24. Cette dernière, par écriture du 10 septembre 2008, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant au renvoi du dossier à l'OCAI. Elle invoque en substance les différents documents déjà produits à l'appui de son objection au projet de décision, documents dont elle allègue qu'ils constituent un faisceau d'indices démontrant que ses allégations sont fondées et que son état s'est bien aggravé. Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas au moins ordonné une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique.

A l'appui de ses dires, la recourante a encore produit un court certificat médical établi le 5 juin 2008 par le Dr O_____, qui indique qu'elle « présente un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent en rapport avec les conséquences d'un accident de la circulation survenu en 1999. Ces troubles

persistent malgré un traitement psychothérapeutique et un traitement antidépresseur. ».

25. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 8 octobre 2008, a conclu au rejet du recours. Il relève que si les plaintes de la patiente restent importantes et semblent fluctuer, les éléments objectifs restent les mêmes et les documents produits à l'appui de la nouvelle demande ne permettent pas de démontrer une aggravation notable et objective de l'état de santé depuis 2005, époque à laquelle l'assurée et son psychiatre-traitant faisaient déjà état d'une totale incapacité de travail. Il rappelle par ailleurs que du point de vue de l'assurance-invalidité, compte tenu des difficultés en matière de preuves à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assurée ne suffisent pas pour justifier une invalidité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge 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 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet

2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGa), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a rendu plausible le fait que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 6 septembre 2005 au point d'influencer son droit aux prestations.
5. Selon l'art. 17 LPGa (applicable à compter du 1^{er} janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 130 V 343 consid. 3.5 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.

6. En l'espèce, force est de constater qu'ainsi que le fait remarquer l'intimé, la situation de la recourante n'a guère évolué, objectivement. Certes, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par les HUG, mais ceux-ci, après avoir fait état d'une exacerbation des douleurs, ont précisé que celle-ci avait eu lieu dans un contexte de surcharge et que l'évolution, sous antalgiques et physiothérapie, avait été favorable.

Quant au malaise dont fait état l'assurée en septembre 2007, il s'agit d'un malaise vaso-vagal qui est demeuré sans conséquences à long terme.

Par ailleurs, le Dr O_____, dans son courrier du 5 juin 2008, se contente de poser des diagnostics déjà connus et d'indiquer que les troubles persistent, sans faire état d'une quelconque aggravation. Certes, le Dr O_____ a également évoqué, dans un rapport adressé le 3 mai 2007 à la SUVA, une rechute en mars 2007, mais sans l'étayer de quelconque façon (le diagnostic reste celui de trouble dépressif moyen).

Enfin, on ne saurait tirer aucune conclusion médicale du courrier d'IPT, par ailleurs dénué de toute motivation, ni de la décision de l'OCE, dont il convient de relever qu'il a également conclu à une inaptitude subjective au placement.

Dans ces circonstances, on ne saurait en effet reprocher à l'intimé d'avoir conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Le recours sera donc rejeté.

La recourante, qui succombe, plaide au bénéfice de l'assistance juridique. Dans ces circonstances, il est renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
4. 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); 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

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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