REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4871/2006 **ATAS/673/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 13 juin 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , Le Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 1954, mariée, mère de trois enfants, est au bénéfice d'un CFC de coiffeuse. Depuis 1986, l'intéressée travaille au Crédit Suisse en qualité de collaboratrice spécialisée dans le trafic des paiements. Engagée à 70%, l'intéressée travaille à raison de quatre heures par jour depuis septembre 2002, pour cause de maladie.

2. Souffrant de vertiges rotatoires depuis plusieurs années, ainsi que de lombalgies sur discopathie, l'intéressée avait déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 2 juin 2003.

3. Dans un rapport du 16 juin 2003, le Dr A_____ mentionne que l'assurée présente un syndrome somatoforme douloureux, une dépression aggravée, un syndrome vertigineux (maladie de Ménière), un syndrome vertébral-cervico-brachial droit sur troubles dégénératifs, un syndrome vertébral lombaire et des névralgies ophtalmiques. L'incapacité de travail est de 50% dès le 9 septembre 2002. L'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible, mais avec une diminution de rendement. Il a joint un rapport daté du 21 novembre 1996 que lui avait adressé le Dr. B_____, médecin adjoint responsable de l'unité d'otoneurologie des "établissement hospitalier", selon lequel le diagnostic de maladie de Ménière pouvait être écarté et qu'il penchait plutôt pour un diagnostic d'hypotension orthostatique.

4. Le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologue, a examiné l'assurée en 2002. Dans son rapport du 5 juin 2002 adressé au médecin traitant, il a posé le diagnostic de lombalgies mécaniques dans un contexte de discopathie L5-S1 et un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie. Les examens biologiques étaient négatifs. Il a préconisé un traitement de Surmontil afin d'améliorer les troubles du sommeil et d'élever le seuil de la douleur et un réentraînement musculaire progressif.

5. A la demande de l'OCAI, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise en date du 16 février 2005. Dans son rapport, l'expert a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié ainsi qu'un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne et chronique. Sur le plan psychique, il a relevé qu'un état dépressif peut être secondaire à un syndrome douloureux persistant et peut à son tour exacerber la perception de la douleur. L'état dépressif limite très nettement la motivation de l'assurée, qui est découragée, le trouble somatoforme indifférencié étant au premier plan. Sur le plan social, il n'y a aucune limitation. Il a exposé que les troubles de l'assurée expliquent en grande partie la diminution de la capacité de travail, d'au moins 50%. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible du point de vue psychiatrique; l'assurée ne se sent pas capable d'assumer plus que quatre heures de travail par jour. Il indique qu'il

y a eu une aggravation de son état actuel, qu'elle ne travaille plus qu'à 32% et qu'elle pourrait travailler dans la même mesure que maintenant.

6. Par décision du 14 avril 2005, l'OCAI a refusé à l'intéressée l'octroi d'un reclassement, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte justifiant une incapacité de travail de longue durée et que son invalidité était considérée comme nulle au regard de l'AI. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

7. Le 6 décembre 2005, l'intéressée dépose une nouvelle de prestations, indiquant souffrir de fibromyalgie et d'un état dépressif important.

8. Par courrier du 30 avril 2006, l'assurée a informé l'OCAI que son état de santé s'était aggravé depuis le 6 décembre 2005, de sorte qu'elle demandait une révision de son cas. Elle indiquait qu'elle était suivie par les Dr E_____, F_____ et A_____. En annexe à ce courrier était joint un rapport établi le 4 janvier 2006 par le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'attention des ressources humaines du Crédit Suisse. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme, maladie de Ménière anamnéstique, migraines ophtalmiques et dépression. La patiente était fortement limitée dans sa capacité de travail en raison des douleurs et de l'état dépressif et la capacité de travail actuelle de 35 % est le maximum qu'elle puisse accomplir.

9. Le 16 août 2006, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

10. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a informé l'OCAI en date du 30 août 2006 qu'elle contestait catégoriquement l'affirmation selon laquelle aucun élément nouveau ne serait intervenu depuis le rejet de sa première demande. Elle a fait parvenir à l'OCAI trois rapports médicaux établis par le Pr B_____ et le Dr H_____. Le Pr B_____ mentionne la possibilité d'une fistule, sur la base des radiographies, et indique que cela expliquerait parfaitement les troubles de la patiente. Quant au Dr H_____, médecin-adjoint agrégé du service de neurologie des "établissement hospitalier", il relève que la patiente souffre de fibromylagie, de migraines chroniques avec composante de céphalées et de tension, d'un status post état dépressif et de gastrites érosives.

11. Dans un rapport établi en date du 20 septembre 2006 à l'attention de l'OCAI, le Pr B_____ a indiqué que la patiente souffrait d'une suspicion de fistule des canaux semi-circulaires supérieurs. S'agissant de la capacité de travail, il a relevé qu'elle était suivie par de nombreux médecins et qu'il n'avait pas donné lui-même d'arrêt de travail. La situation devrait être gérée par le médecin traitant. Il a cependant précisé que "ces temps", les vertiges sont à nouveau importants, justifiant probablement l'arrêt à 50%.

12. Le 28 septembre 2006, le Dr H_____ relève que la patiente souffre de fibromyalgie, de migraines chroniques avec composante de céphalées, de tension, de status post état dépressif et d'une gastrite érosive. Il se dit frappé par l'importance des troubles visuels en rapport avec les migraines. A l'IRM, il n'y a pas de signe d'encéphalopathie vasculaire sous-corticale. S'agissant de l'incapacité de travail, il rappelle qu'avant 2006 il ne connaissait pas la patiente; depuis juillet 2006, il évalue l'incapacité à 50% dans sa profession. Il renvoie toutefois à l'avis du Pr B_____ ainsi qu'à l'expertise de 2005.

13. Dans un rapport du 12 octobre 2006, le Pr B_____ indique au Dr A_____ que les vertiges pourraient bien être l'expression d'une fistule des canaux semi-circulaires antérieurs (ou supérieurs) des deux côtés. Il a rencontré son collègue, le Pr I_____ de Baltimore, qui a été le premier à décrire des vertiges liés à une telle anomalie de l'os temporal. Dans la situation actuelle, il estime encore trop tôt d'intervenir, car les conditions anatomiques ne sont pas tout à fait favorables - il y a un risque de fuite du liquide céphalo-rachidien - et l'image radiologique n'est pas encore absolument claire. Sur le plan clinique, le Pr B_____ relève que la patiente est fatiguée et fatigable, qu'elle ne travaille qu'à 35% et estime cette incapacité de travail correcte. Il expose que la situation de l'assurée est difficile et que sur le plan thérapeutique, elle est dans une situation encore non clairement précisée. Elle souffre par ailleurs de migraines.

14. Le 30 octobre 2006, l'assurée a transmis à l'OCAI copie d'un rapport d'une IRM cervicale pratiquée en date du 29 septembre 2006, qui a conclu à des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité gauche, une dégénérescence discale étagée avec cervicuncarthrose sévère en C4-C5, C5-C6, associée à des rétrécissements des trous de conjugaison à prédominance droite, une protrusion discale ostéophitaire C3-C4 de localisation paramédiane gauche sans conflit radiculaire, et une protrusion discale prédominante en C5-C6, localisation médiane et paramédiane appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et discrètement sur l'émergence de la racine C6 droite.

    Elle demandait ainsi à l'OCAI d'entrer en matière sur sa demande.

15. Par deux décisions identiques datées des 22 et 27 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, au motif que l'aggravation de l'état de santé date de juillet 2006 et que c'est dès lors seulement à partir de cette date que le délai de carence pour l'octroi d'une nouvelle rente AI court. A l'échéance dudit délai, soit au mois de juillet 2007, l'OCAI priait l'assurée de l'informer pour le cas où l'incapacité de gain persisterait.

16. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 22 décembre 2006, contestant que l'aggravation de son état de santé remonte au mois de juillet 2006. Elle expose que depuis 1998, en raison de son état de santé, sa

capacité de travail a passé de 100% à 70%, puis à 35% dès le début de l'année 2004, ce sur indication du Dr H_____. Elle se réfère également à l'appréciation du Dr D_____ qui, dans son rapport du 16 février 2005, avait préconisé qu'elle diminue son temps de travail de 100% à 30%. Elle conteste par ailleurs le diagnostic de fibromyalgie, dès lors que le Dr D_____ relevait dans son rapport avant tout des plaintes somatiques, à savoir des sensations vertigineuses et des pertes d'équilibre. Elle relève que son taux d'activité professionnel à 30% n'a pas changé, mais que c'est le diagnostic qui a subi une modification. Ainsi, c'est depuis la fin de l'année 2003 au plus tard que son état de santé est grave, en raison d'un trouble alors non diagnostiqué, à savoir une fistule des canaux semi-circulaires. Or cette affection ne peut en l'état pas être opérée, selon l'avis du Pr I_____, de Baltimore. La recourante reproche à l'OCAI de n'avoir pas examiné l'aspect temporel de ses troubles et de n'avoir envisagé une éventuelle rente que pour l'avenir, alors qu'elle subit la même situation depuis des années. Elle conclut à l'annulation des décisions de l'OCAI, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité rétroactivement un an après le début de son incapacité de travail. Subsidiairement, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise afin d'examiner son état de santé et de déterminer quelle est son incidence sur son incapacité de gain.

17. Dans sa réponse du 14 février 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, exposant que suite au rapport du Dr B_____ du 18 mai 2006 faisant état d'une hypothèse nouvelle, il a procédé à des investigations auprès des spécialistes. Or, ces derniers ont d'une part confirmé les diagnostics posés précédemment et, d'autre part, les hypothèses avancées n'ont à ce jour pas été confirmées. Le Pr B_____ indique par ailleurs dans son rapport du 12 octobre 2006 à l'attention du Dr A_____ vouloir procéder à des examens complémentaires des os temporaux d'ici 12 à 18 mois. L'OCAI relève qu'il y a une exacerbation des vertiges depuis juillet 2006 au mieux en se référant à l'avis du Dr H_____. Il n'est cependant pas établi que l'assurée puisse prétendre en l'état à une rente et que, quoi qu'il en soit, une enquête ménagère s'imposerait compte tenu du statut de ménagère mixte de la recourante. L'OCAI considère que les éléments médicaux sont en l'état insuffisant pour se prononcer sur la capacité de travail et de gain de l'assurée et adhère à sa conclusions subsidiaire visant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

18. Le 27 mars 2007, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans un rapport médical établi en date du 20 mars 2007 par le Dr H_____ à l'attention de son médecin-conseil. Il confirme les diagnostic de migraines chroniques et de fibromyalgie et mentionne en outre celui de très probable fistule du canal semi-circulaire supérieur bilatéral. Il explique que la patiente est toujours dans un état d'instabilité. Les troubles de l'équilibre sont à son avis à mettre en rapport avec le dernier diagnostic et interfèrent avec la plupart des activités de la patiente. Il demande de réévaluer la situation.

19. Dans ses écritures du 29 mars 2007, la recourante persiste dans ses conclusions, relevant que le diagnostic de fistule des canaux semi-circulaires est établi et que c'est en raison de cette affection qu'elle est incapable de travailler. Elle fait grief à l'OCAI de balayer ses prétentions sous le couvert de la fibromyalgie. Elle considère qu'il serait injuste de lui faire porter les conséquences d'une découverte médicale postérieure à ses troubles en lui refusant toute prestation avant l'hypothétique examen du mois de juillet 2007. Elle soutient qu'elle est incapable de travailler depuis la fin de l'année 2003 au plus tard, le diagnostic correct retardé par les découvertes scientifiques postérieures ne pouvant pas lui être défavorable.

20. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans son écriture du 23 avril 2007, persiste dans ses conclusions, relevant que la recourante souffre depuis longtemps de vertiges et qu'aucun des médecins consultés n'a considéré ces derniers comme étant d'emblée invalidants, mettant plutôt en avant les douleurs articulaires. La situation médicale semble s'être aggravée lors d'un atterrissage en avion en 2006.

21. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 24 avril 2007.

22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé, si l'aggravation alléguée ouvre droit à des prestations de l'assurance-invalidité et, le cas échéant, depuis quand.

5. Selon l'art. 87 al. 4 RAI, 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après cet alinéa (dans sa teneur en vigueur à la date de la décision litigieuse), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

   L'administration doit ainsi 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. Cependant, l'exigence sur le 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 (Damien 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 et la référence sous note n° 27). 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).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, 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 et la référence).

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 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

6. En l'espèce, l'intimé admet que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis sa décision de refus de reclassement professionnel du 14 avril 2005, entrée en force. Selon l'intimé, cette aggravation a eu lieu depuis juillet 2006, alors que pour la recourante elle date de décembre 2005, voire même de bien avant, dès lors que le diagnostic a changé et qu'il permet d'expliquer les troubles à l'origine de la diminution de sa capacité de travail.

   Selon les documents médicaux figurant au dossier, le Pr B_____ explique dans son rapport du 18 mai 2006 à l'attention du Dr A_____, médecin traitant, que la patiente est venue consulter à la policlinique pour une otalgie droite violente après un atterrissage en avion. Il a fait réaliser un Ct-scan et, pour la première fois, il fait état d'une suspicion de fistule des canaux semi-circulaires supérieurs, anomalie de l'os temporal qui, aujourd'hui, est reconnue comme cause de vertiges. Cette hypothèse a été évoquée encore dans les rapports subséquents du Pr J_____ et du Dr H_____, ce dernier relevant qu'il pourrait aussi expliquer les migraines. Dans son dernier rapport, le Dr H_____ indique qu'en dehors des problèmes connus, les troubles de l'équilibre de la recourante interfèrent avec la plupart de ses activités.

   Le Tribunal de céans considère que la situation médicale de la recourante n'est pas suffisamment claire, comme l'admet d'ailleurs l'intimé. En effet, d'une part, s'agissant du trouble somatoforme douloureux et de l'état dépressif, le rapport du Dr G_____ ne permet pas de déterminer s'il y a une aggravation de la symptomatologie douloureuse et/ou de l'état dépressif, le cas échéant, dans quelle mesure, et d'autre part, l'hypothèse d'une fistule des canaux semi-circulaires

supérieurs, qui expliquerait les vertiges ainsi que probablement les migraines, n'a pas encore été confirmée, le Pr B_____ devant encore procéder à des investigations.

La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire aux fins de clarifier la situation médicale, notamment quant aux diagnostics et à l'aggravation de l'état de santé de la recourante.

7. La recourante soutient également que son état de santé est invalidant bien avant la fin de l'année 2005, soit dès la fin de l'année 2003. Ce faisant, elle conclut implicitement à une reconsidération de la décision de l'intimé du 14 avril 2005.

La reconsidération et la révision procédurale sont réglées explicitement à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, codifiant la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur: l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références, 130 V 349 s. consid. 3.5; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3).

Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2).

A cet égard, le Tribunal de céans rappelle cependant que si l'administration peut en tout revenir sur une décision formellement passée en force, le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer sa décision (cf. ATF du 2 avril 2007 I 25/07; 119 V 479 consid. 1b/cc, 117 V 12 consid. 2a).

8. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal de céans fixe en l'espèce à 800 fr.

9. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions des 22 et 27 novembre 2006.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'OCAI à payer à Madame D_____ la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

6. 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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