RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/522/2004 **ATAS/732/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 septembre 2005

En la cause

Madame R_____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97, rue de Lyon, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente;
Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame R_____, née en 1952, a travaillé pour la Société de Banque Suisse (SBS) de 1971 à 1993, année durant laquelle elle a été licenciée.

2. Le 15 août 1995, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente. Elle a invoqué une dépression et des problèmes de cervicales et de dos.

3. Dans un rapport médical établi le 29 janvier 1997 à l'intention de l'OCAI, le Dr A_____, médecin traitant, a indiqué que sa patiente ne souffrait d'aucune atteinte à la santé. Il a diagnostiqué une personnalité dépendante et un discret syndrome fibromyalgique, tout en précisant que le problème était essentiellement d'ordre psycho-social chez une « patiente dépendante et assistée ».

4. Le 24 février 1997, le Dr A_____ a confirmé par téléphone au médecin-conseil de l'OCAI qu'il n'existait selon lui pas d'atteinte à la santé suffisante pour entraîner une incapacité de travail.

5. Par décision notifiée en mars 1997, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

6. Le 8 septembre 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations visant à l'obtention d'une rente en raison d'une affection médicale existant depuis 1983.

7. Dans un certificat médical daté du 10 octobre 2003, le Dr A_____ a indiqué que sa patiente souffrait d'un état sub-dépressif, d'une fibromyalgie légère et de troubles au niveau de l'intégration socio-professionnelle. Médicalement, il n'y avait pas de problème particulier, si l'on exceptait une immaturité, un caractère dépendant et des troubles psychoaffectifs. Selon le médecin, la situation n'avait guère changé depuis 1997.

8. Interrogée par l'OCAI, l'assurée a indiqué, par téléphone du 12 novembre 2003, qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre.

9. Le 14 novembre 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que l'état de santé de l'intéressée n'avait pas changé depuis 1997 et que les troubles étaient de faible importance.

10. Par décision du 20 novembre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis 1997.

11. Le 4 décembre 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a annoncé qu'elle prendrait rendez-vous chez un médecin pour faire une radioscopie de sa colonne vertébrale.

12. Dans un certificat médical du 19 janvier 2004, le Dr B_____, spécialiste en maladies rhumatismales et médecine interne, a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires depuis environ trois ans. Cliniquement, il a retenu une raideur lombaire sans syndrome vertébral. Le bilan radiologique a mis en évidence une discopathie modérée L5-S1, sans signe d'arthrose des articulaires postérieurs ni autre anomalie.

    Il a joint à son certificat un rapport établi le 19 décembre 2003 par le Dr ROSSIER, radiologue. Celui-ci n'a retenu qu'une discopathie modérée L5-S1. Il a souligné l'absence d'arthrose des articulaires postérieures et d'anomalie de la texture osseuse ou des articulations sacro-iliaques. Les trous sacrés étaient bien visibles et il n'existait pas de calcification suspecte en surprojection de la loge vésiculaire, pancréatique ou des voies urinaires.

13. Le 20 janvier 2004, la Dresse C_____, chiropraticienne, a confirmé à l'OCAI que l'assurée souffrait de problèmes lombaires depuis une dizaine d'années, qu'elle était sous traitement médicamenteux et avait recours à la physiothérapie et à la chiropratique. Il lui avait été conseillé, préventivement, de faire des exercices légers d'étirement et d'éviter de soulever des charges excessives, ou de rester assise de longues périodes.

14. Le 11 février 2004, le SMR a constaté l'absence d'élément permettant d'admettre une aggravation notable de l'état de santé de l'assurée.

15. Par décision du 20 février 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que sa discopathie, modérée, ne l'empêchait pas d'exercer une activité de type sédentaire. Il a été noté que les plaintes de l'assurée relevaient du syndrome douloureux qui avait déjà conduit à un refus de prestations en 1997 et qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible.

16. Le 10 mars 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a allégué être atteinte de la grippe plusieurs fois par an et souffrir régulièrement de maux de dos l'empêchant de faire le ménage. Elle a relevé par ailleurs qu'aucun employeur n'avait accepté de l'engager, sachant qu'elle était souvent absente pour raisons de santé.

17. Dans sa réponse du 24 mars 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoyant pour le surplus à sa décision sur opposition du 20 février 2004 et à l'avis du SMR du 11 février 2004.

18. Le 5 juillet 2005, le Centre d'action sociale et de santé d'Onex a confirmé à la demande du Tribunal de céans que l'assurée était suivie par les Drs A_____, B_____ et C_____.

19. Par courrier du 27 juillet 2005, le Tribunal de céans a demandé au Dr B_____ de préciser son certificat médical du 19 janvier 2004 en ce qui concernait la capacité de travail de sa patiente.

20. Dans sa réponse du 22 août 2005, le Dr B_____ a indiqué qu'il considérait, à l'instar du Dr A_____, que les atteintes dont souffrait la recourante étaient sans conséquence sur sa capacité de travail. Compte tenu de la discopathie, il ne pouvait que recommander d'éviter le port répétitif de lourdes charges et les stations assises prolongées.

21. Le 26 août 2005, ce courrier a été transmis aux parties par le Tribunal qui a ensuite gardé la cause 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, 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 trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les

procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

En tant que le cas d'espèce porte sur une demande de prestations déposée le 8 septembre 2003 concernant une récente aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée, il sera régi par la LPGA et le nouveau droit en vigueur dès le 1er janvier 2003.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente, et si son invalidité atteint 66 2/3 % il aura droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2003).

   Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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).

La révision de la rente d'invalidité est régie par l'art. 17 LPGA, lequel n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Ainsi, aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 125 V 369 consid. 2, 109 V 265 consid. 4a, 106 V 87 consid. 1a, 105 V 30 et les références citées). Il ne suffit toutefois pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée entre 1997 - date à laquelle le droit à la rente lui a été refusé une première fois - et le mois de septembre 2003.

   Il y a lieu de relever que l'office est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assurée et lui a notifié une décision de refus. C'est en conséquence au regard des conditions de la révision du droit à la rente, applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande, que le présent recours doit être examiné (cf. VSI 1999 p. 85, consid. 2b et les références ; ATF 130 V 73 consid. 3 ; ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

7. En l'espèce, à l'appui de sa demande, l'assurée invoque essentiellement ses propres plaintes, indiquant qu'elle « se sent invalide » et ne peut plus faire que de petits travaux chez elle. Selon elle, si elle exerçait une activité lucrative, son état de santé la conduirait immanquablement à multiplier les absences, de sorte qu'elle finirait par se retrouver au chômage.

   Compte tenu des éléments médicaux figurant au dossier, on ne peut que constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis que le droit à la rente lui a été refusé en 1997. La situation est restée essentiellement la même : elle ne souffre d'aucune affection suffisamment grave pour causer une diminution de sa capacité de travail. En effet, son médecin traitant, le Dr A_____, a confirmé que la situation médicale était restée inchangée depuis 1997. Aucun autre médecin n'allègue que l'assurée ne serait plus capable d'exercer une profession légère, ainsi

qu'elle l'a déjà fait auparavant. En ce sens, sa capacité de travail reste entière. Ce point est confirmé par les documents médicaux figurant au dossier, et également par le Dr B_____, qui a encore très récemment indiqué au Tribunal de céans que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail complète.

8. Force est donc de constater qu'aucun changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente de la recourante n'a été rendu plausible. La décision entreprise n'est dès lors pas critiquable et le recours doit être rejeté.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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).

La greffière : La Présidente :

Janine BOFFI Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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