

GE_GERICHTE ATAS/1076/2017 vom 30. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1076_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1076/2017 du 30 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1076/2017 del 30 novembre 2017

Erwägungen

E. 3

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a partiellement admis en ce sens qu'elle a, sur proposition de l'intimé, renvoyé la cause à ce dernier pour instruction complémentaire (cf. arrêt du 24 mai 2012 ; ATAS/722/2012). Avaient été versés au dossier : - une prise de position du psychiatre traitant, le docteur D_____, indiquant qu'à son avis, le Dr C_____ avait omis l'essentiel, c'est-à-dire les symptômes du registre psychotique développés périodiquement par sa patiente ; il concluait quant à lui à un trouble mixte de la personnalité avec traits schizo-typiques et passif/agressif, à un trouble somatoforme et à un épisode dépressif majeur, parfois grave (mélancolie délirante avec hallucinations auditives) ; selon lui, l'intéressée était totalement incapable d'exercer la moindre activité lucrative ; - le procès-verbal de l'audition par la Cour, le 19 avril 2012, du Dr B_____, dont il ressortait qu'il suivait l'assurée depuis mai 2005 ; le médecin indiquait avoir d'abord retenu le diagnostic d'état dépressif chez un migrant avec plaintes somatiques ; il confirmait que sa patiente avait souffert d'hallucinations de la lignée psychotique, désormais contenu par une médication ; il soulignait l'extrême difficulté à stabiliser la patiente et confirmait sa totale incapacité à exercer la moindre activité, niant qu'une amélioration se soit produite en 2007, comme retenu par le Dr C_____.

E. 4

L'OAI a repris l'instruction du dossier et l'a complété avec, notamment, les éléments suivants : - le dossier de l'assurance perte de gain, comprenant notamment un rapport d'expertise émis le 10 novembre 2006 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à un épisode dépressif léger, consécutif à deux accouchements de l'assurée et intervenant dans un contexte culturel particulier et dans le cadre d'un conflit familial important ; l'experte émettait l'avis qu'au vu de l'âge de l'assurée, une reprise du travail devait être tentée, d'abord à 50% en janvier 2007, puis à 100% en février 2007 ; - un rapport rédigé le 23 avril 2013 par le Dr D_____, confirmant son diagnostic de trouble schizo-typique depuis 2009 (délires de persécution et hallucinations auditives, perte du sens des réalités) entraînant une totale incapacité de travail ; - un nouvel avis du SMR, constatant que le Dr D_____ apportait un éclairage différent de celui du Dr C_____ et suggérant une nouvelle expertise psychiatrique ;

A/3438/2017 - 4/11 - - le rapport d'expertise rédigé par le docteur F_____, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, en date du 26 septembre 2013 ; l'expert concluait à un trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle ; il n'avait observé qu'un seul critère cardinal permettant de conclure à un épisode dépressif (la fatigue) ; il n'y avait ni tristesse, ni perte d'intérêt et, s'il subsistait quelques symptômes du registre dépressif, la présentation générale allait dans le sens d'une humeur tout à fait normale (absence de ralentissement, sourires, focus de l'entretien, réactions appropriées, vivacité intellectuelle,

etc.) ; l'expert n'avait décelé ni troubles attentionnels, ni déficit praxique ou gnosique, ni ralentissement, ni présentation semblable à celle d'un sujet dépressif ; il n'avait pas non plus constaté de caractéristiques psychotiques ; l'assurée avait certes été victime d'hallucinations auditives par le passé, mais elles n'avaient été que transitoires (durant trois à quatre mois en 2011) ; il y avait eu des épisodes dépressifs par le passé, qui n'avaient jamais duré et n'avaient jamais été graves au point de justifier un séjour dans un lieu de crise ou une hospitalisation en milieu psychiatrique ; le diagnostic de trouble somatoforme devait être écarté, tout comme celui de trouble schizotypique ; il en allait de même de celui de trouble de la personnalité, car l'assurée était restée stable sur les plans personnel et socio-professionnel jusqu'à sa grossesse et à la naissance de son aîné, en 2004 et assumait par ailleurs correctement sa vie de famille dans des conditions difficiles ; en définitive, l'expert retenait la présence, depuis plusieurs années, de réactions dépressives et anxieuses en rapport avec des difficultés existentielles sortant de l'ordinaire, mais une assurée plutôt résiliente, compte tenu de ce qu'elle avait supporté ; aucun argument ne permettait d'admettre un épisode dépressif grave sur la durée. À l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI, par décision du 15 janvier 2014, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F____, a nié à l'assurée le droit à toute prestation au motif qu'elle ne souffrait d'aucune affection durable et notable ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

E. 5

Saisie d'un nouveau recours de l'assurée, la Cour de céans l'a rejeté en date du 4 juin 2015 (ATAS/402/2015), après avoir une nouvelle fois entendu le Dr B_____, en date du 28 août 2014. Celui-ci reprochait en substance au Dr F____ de nier les conséquences des graves traumatismes psychiques subis par sa patiente sur le développement de sa personnalité et sa capacité de travail. Selon lui, l'assurée montrait des signes constants de dépression, tout à fait incompatibles avec une quelconque activité lucrative. Il expliquait que si la situation était quelque peu apaisée par rapport à celle qu'avait observée le Dr C_____, c'était parce que la thérapie avait permis « de calmer un peu les choses ». Il rappelait que sa patiente avait souffert de violences, d'abord de la part de son père, puis de celle de son époux, auquel elle avait été vendue pour quelques milliers de francs. Selon lui, l'expert avait omis deux points très importants : d'une part, le trouble somatoforme, d'autre part, l'impact des violences sur l'état psychique de l'intéressée. Or, lorsque l'on subit des traumatismes répétés, ceux-ci s'impriment dans une mémoire traumatique qui finit

A/3438/2017 - 5/11 - par s'auto-activer à la simple évocation des faits, ce qui se traduit par une expression violente (douleurs intenses très difficiles à tolérer entraînant parfois chez l'assurée des gestes d'automutilation pour soulager la douleur ressentie au niveau cérébral). Selon le médecin, toute activité, quelle qu'elle soit, impliquerait des contraintes qui réactiveraient cette mémoire traumatique. La Cour de céans considérant que l'expertise du Dr F____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante, a confirmé qu'il convenait d'écarter les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble de la personnalité. Comme les Drs C____ et E____ avant lui, le Dr F____ avait conclu que l'arrêt de travail relevait essentiellement de facteurs familiaux et culturels n'entrant pas dans le champ médical stricto sensu. Quant au témoignage du Dr B_____, il s'avérait insuffisant pour s'écarter de l'avis du Dr F____ ou même motiver la mise sur pied d'une quatrième expertise. Le médecin traitant n'apportait en effet aucun argument médical objectif pour étayer son point de vue, se contentant d'échafauder des hypothèses quant aux

éventuelles conséquences psycho-traumatiques des violences subies par sa patiente et leur impact au niveau cérébral, sans qu'aucun examen ne vienne étayer ses suppositions.

E. 6

Le 12 juillet 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant un « état dépressif depuis l'enfance » et des violences familiales.

E. 7

Par courrier du 29 novembre 2016, son médecin traitant a appuyé sa demande en expliquant, en substance, que sa patiente souffrait d'un état dissocié, induit par les nombreux traumatismes vécus depuis son enfance (attouchements par un oncle alors qu'elle n'était âgée que de 11 ans et jusqu'à l'âge de 14 ans). Le médecin a insisté sur le fait que sa patiente, victime d'un pédophile, avait dû faire face seule à ce traumatisme.

E. 8

Par décision du 4 mai 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que la situation de l'assurée ne s'était pas notablement modifiée, que ce soit sur le plan personnel ou médical.

E. 9

Par courrier du 21 août 2017, le Dr B_____, médecin traitant de l'assurée, a interjeté recours auprès de la Cour de céans (cf. procuration en sa faveur produite le

E. 14

septembre 2017). Il explique que sa patiente, après s'être heurtée à un premier refus de l'OAI, l'a autorisé à révéler la nature des traumatismes subis, ce qu'il a fait dans son courrier du 29 novembre 2016 à l'OAI. Il souligne que les faits graves qu'il dénonce sont reconnus comme entraînant des conséquences durables sur la vie des victimes et dans tous les domaines, professionnels, familiaux ou personnels. Il répète que sa patiente a été élevée dans un cadre familial non protecteur qui l'a précarisée, avant de se livrer à un « rappel non exhaustif des conséquences des actes pédophiles » de manière générale.

A/3438/2017 - 6/11 - À titre de diagnostics, le médecin fait état de graves conséquences de psycho-traumatismes survenus dès l'enfance (F43.1 CIM-10). Il évoque également un comportement dissocié (F44.9 CIM-10). Il en tire la conclusion que le syndrome de stress post-traumatique peut être retenu. Il cite ensuite, à titre d'exemples, des études sur les vétérans de la guerre du Vietnam et rappelle les efforts mis en œuvre pour protéger les victimes de violences sexuelles. Il explique que les événements terrorisants sont enregistrés dans l'amygdale du système limbique, proche de l'hypophyse, et que les psycho-traumatismes entraînent un état dissocié. Le médecin en conclut que sa patiente ne dispose plus d'aucune capacité professionnelle. 10. Invitée à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 septembre 2017, a conclu au rejet du recours. Il rappelle qu'une première expertise a été confiée au Dr C_____, qui a conclu à une capacité de travail de 100% (trouble somatoforme douloureux accompagné d'un trouble dépressif léger) et qu'une seconde expertise, confiée au Dr F_____, a conclu à l'absence d'incapacité de travail (trouble dépressif récurrent en rémission partielle). L'intimée relève si le médecin traitant fournit des explications étiologiques des troubles psychiques, il ne fait valoir aucune évolution de l'état de santé de sa patiente. Ses explications concernent des faits déjà connus et ne démontrent nullement l'existence d'une aggravation en l'espèce. 11. Par écriture du 5 octobre 2017, le médecin a persisté au nom de sa patiente dans ses conclusions, en

soulignant une fois encore le caractère « indicible » de ce dont elle a été victime. Selon lui, le Dr F____, dans l'ignorance de ces faits criminels, n'a pu se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de l'assurée. 12. Par écriture du 24 octobre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

A/3438/2017 - 7/11 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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 4/1998 p. 316 consid. 3b). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations de la recourante. 5. Lorsque la rente d'invalidité 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. 2 et 3 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. 2 et 3 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011). 6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer en matière. À 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). 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 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque

A/3438/2017 - 8/11 - l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). 7. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 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.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33). 8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 alors 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 les références). 9. 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

A/3438/2017 - 9/11 - prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a). Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au

moment de la décision litigieuse - soit le 4 mai 2017 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 15 janvier 2014 - date du dernier rejet après examen au fond. Or, force est de constater que la nouvelle demande de l'assuré repose sur les mêmes éléments médicaux que ses précédentes requêtes. Son médecin traitant ne fait mention d'aucune aggravation. Il pose certes de nouveaux diagnostics psychiques, au demeurant retenus par aucun des spécialistes ayant déjà examiné la recourante, mais qui, selon lui, sont présents depuis des années. Il motive sa position par le fait que des éléments de fait inconnus des experts s'étant précédemment exprimés auraient empêché ceux-ci de se prononcer en toute connaissance de cause. Cet argument tombe à faux. Les explications et hypothèses du Dr B_____ quant aux répercussions des violences subies par sa patiente ont d'ores et déjà été examinées et écartées par le passé, notamment par la Cour de céans, comme dénuées de toute valeur probante. On ne voit pas en quoi le fait d'ignorer certains éléments de fait, notamment la nature des traumatismes subis, aurait pu induire les experts en erreur, étant rappelé que ceux-ci n'avaient à se prononcer que sur le caractère strictement médical des atteintes. Quoi qu'il en soit, ce faisant, le médecin traitant tente purement et simplement de substituer sa propre appréciation à celle des experts, ce qui n'est pas un motif de révision valable. À ce stade, la Cour doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Tel n'est pas le cas dans la mesure où aucun des documents produits avant la décision litigieuse - ni même après - ne fait mention d'une aggravation de l'état de la recourante. Aucun élément ne démontre la survenance d'une nouvelle atteinte, pas plus que l'aggravation de la répercussion des atteintes sur les limitations fonctionnelles ou une modification du taux de capacité de travail dans une activité adaptée retenu antérieurement.

A/3438/2017 - 10/11 - C'est dès lors à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Le recours est rejeté.

A/3438/2017 - 11/11 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.