

GE_GERICHTE ATAS/533/2013 vom 28. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_533_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/533/2013 du 28 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/533/2013 del 28 maggio 2013

Erwägungen

E. 7

Le 14 juillet 2011, l'assurée a sollicité de l'OAI de faire l'objet d'une expertise médicale indépendante, dans la mesure où celui-ci contestait la détérioration de son état de santé, malgré le fait que ses douleurs étaient persistantes et de plus en plus difficilement supportables.

E. 8

Par courrier du 15 juillet 2011, l'OAI a refusé la requête de l'assurée.

E. 9

En date du 24 octobre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de douleurs articulaires et de dépression chronique depuis 2001.

E. 10

Par courrier du 25 octobre 2011, l'OAI a invité l'assurée à produire tous les documents médicaux utiles permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, et en particulier un rapport circonstancié démontrant une aggravation probante de sa capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles.

E. 11

Le 22 novembre 2011, l'assurée a transmis à l'OAI une attestation établie en date du 18 novembre 2011 par la Dresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a indiqué que l'assurée était suivie sur demande de son médecin généraliste, depuis le 21 octobre 2011, pour évaluation et traitement psychothérapeutique au vu de la péjoration de son état de santé psychique. Le psychiatre a mis en évidence les diagnostics suivants : une dépression majeure, un état de stress post-traumatique (« agression suivi » en 2009), un trouble de la personnalité état limite et un probable niveau intellectuel limité. L'atteinte psychique paraissait chronique avec un important retrait social et des difficultés à s'exprimer. Ce n'était que récemment qu'elle avait parlé à son généraliste de ses angoisses, ce qui avait motivé sa prise en charge.

E. 12

Par courrier du 23 novembre 2011, l'assurée a requis de l'OAI la reconsidération de sa dernière décision. Elle a déclaré qu'elle avait déposé une demande de

A/2887/2013 - 7/13 - prestations, car il lui était impossible de travailler, de fréquentes crises dorsales la limitant beaucoup dans toutes les activités. La Dresse M_____, qu'elle avait récemment consulté, pourrait mieux informer l'OAI sur son état de santé.

E. 13

Dans un avis du 21 mars 2012, le Dr N_____, médecin généraliste auprès du SMR, a relevé que la Dresse M_____ n'avait pas établi d'anamnèse ni noté d'évolution et que les diagnostics qu'elle avait posés n'étaient pas clairs, aucune référence n'ayant été faite à la classification CIM-10. Il a souligné qu'après toutes les expertises et les demandes de prestations de l'assurée, aucune pathologie psychiatrique n'avait pu être mise en évidence. Le médecin du SMR a retenu que bien que les diagnostics psychiatriques avaient changé, il n'y avait pas d'argument ni de description clinique à l'appui de ces diagnostics. Il a rappelé que les experts avaient considéré que les attitudes de l'assurée évoquaient une tentative de dissimulation ou de manipulation du corps médical et des assurances. Dès lors, le médecin a conclu que le changement de status ou la péjoration n'avait pas été démontré.

E. 14

En date du 7 mai 2012, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations. En effet, elle n'avait pas rendu vraisemblable, par sa nouvelle demande du 24 octobre 2011, que les conditions médicales s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 2 février 2011.

E. 15

Par rapport du 8 juin 2012, la Dresse M_____ a déclaré que l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis 2009 et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de séquelles d'un état de stress post-traumatique, d'un probable trouble de la personnalité état limite type impulsif et d'un probable niveau intellectuel limité. Le médecin a posé les diagnostics en faisant référence à la CIM-10. L'assurée était prise en charge depuis le 21 novembre 2011, au vu de la dégradation observée par le Dr A_____. Suite à l'établissement d'une anamnèse, le psychiatre a notamment observé que l'assurée présentait un comportement inhibé et craintif, un bégaiement très important, un trouble anxieux massif, un retrait social, une anhédonie, des pleurs fréquents, une tristesse, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, des difficultés d'endormissement, une tension palpable durant les entretiens ou une importante irritabilité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : des difficultés relationnelles dans le contact et l'expression verbale et non verbale liées aux séquelles graves de l'état de stress post-traumatique, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions (angoisses, tristesse et irritabilité), liées à l'état de stress post-traumatique et à l'épisode dépressif, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans le fait de rester seule à la maison, une difficulté dans les déplacements, une hypersensibilité au stress et une capacité de concentration, d'attention et d'adaptation au changement très limitée. Elle a précisé que si l'assurée devait être examinée par un

A/2887/2013 - 8/13 - médecin psychiatre, celui-ci devrait être une femme, au vu des difficultés spécifiques liées à son état de stress post-traumatique (l'assurée ayant subi un viol en 2009).

E. 16

Dans un avis du 30 juillet 2012, le Dr N_____ a indiqué que le rapport de la Dresse M_____ n'apportait aucun élément nouveau concernant l'assurée, laquelle avait été expertisée à plusieurs reprises. Il n'y avait dès lors pas d'arguments pour entrer en matière sur sa demande de prestations.

E. 17

Par décision du 20 août 2012, l'OAI a confirmé son projet de refus d'entrer en matière.

E. 18

En date du 18 septembre 2012, l'assurée requiert de la Cour de céans le réexamen de son cas, dans la mesure où elle était psychiquement et physiquement dans l'incapacité totale d'avoir une activité professionnelle ou de rechercher un emploi. Elle joint à son courrier un certificat établi en date du 14 septembre 2012 par la Dresse M_____, laquelle a notamment rappelé son suivi depuis le mois de novembre 2011 ainsi que son incapacité totale de travail.

E. 19

Par acte du 24 septembre 2012, l'assurée, représentée par un conseil, interjette recours contre la décision du 20 août 2012 de l'OAI, requérant son annulation, la constatation du fait qu'elle avait rendu vraisemblable la dégradation de son état de santé depuis 2009, et en particulier depuis le 2 février 2011 et le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, sous suite de dépens. Elle sollicite préalablement la comparution personnelle des parties et l'audition des Drs A_____ et M_____. Elle soutient en substance que les rapports des Drs M_____ et A_____ attestaient de manière circonstanciée d'une dégradation manifeste de son état de santé. Elle produit notamment un certificat établi en date du 25 août 2011 par le Dr A_____, qui a indiqué qu'elle était venue ce jour à sa consultation, déclarant souffrir de douleurs très importantes l'empêchant d'exercer une activité professionnelle. Il a précisé qu'elle était déprimée.

E. 20

Invité à se prononcer, l'OAI conclut, dans sa réponse du 17 octobre 2012, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il rappelle que la recourante avait déjà déposé cinq demandes de prestations, faisant état à chaque fois des mêmes atteintes à la santé et qu'il ressortait notamment du dossier qu'elle était connue pour un état douloureux, des migraines et une dépression depuis de très nombreuses années. Les éléments produits par la recourante ne permettaient pas de rendre vraisemblable une aggravation de son atteinte à la santé, ce d'autant moins qu'il s'était écoulé très peu de temps depuis la précédente décision du 2 février 2011, confirmée par un arrêt du 7 juin 2011.

A/2887/2013 - 9/13 -

E. 21

Par courrier du 24 octobre 2012, la recourante persiste dans ses conclusions, constatant que l'intimé n'a pas pris en considération les conclusions incontestables résultant des rapports de la Dresse M_____ des 18 novembre 2011 et 8 juin 2012, admettant ainsi implicitement la motivation insuffisante de sa décision de non entrée en matière.

E. 22

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA p.a.). 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 24 octobre 2011. 5. a) 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; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 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). b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). c) 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

A/2887/2013 - 10/13 - 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 (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; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa). d) 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 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). 6. En l'espèce, il convient de comparer la situation prévalant lors de la dernière décision de refus de prestations, soit lors de la décision sur opposition du 12 août 2005, et celle lors de la décision contestée du 20 août 2012. Le 12 août 2005, l'OAI a refusé à la recourante tout droit à une rente se fondant sur les conclusions du rapport de la CRR. Les Drs D_____ et E_____ ont notamment retenu que les douleurs de la recourante étaient d'origine psychogène et que son cas entrerait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, étant précisé que la comorbidité psychiatrique n'était pas significative. Dans le cadre de sa dernière demande de prestations, la recourante produit un rapport de juin 2012 de la Dresse M_____, lequel vient confirmer son précédent rapport du mois de novembre 2011 et qui met en exergue de nouveaux diagnostics et en particulier, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, des séquelles d'un état de stress post-traumatique, un probable trouble de la personnalité état limite type impulsif et un probable niveau intellectuel limité. Il est vrai que ce médecin ne fait pas référence, en novembre 2011, à la classification internationale CIM-10, comme

le souligne le Dr N_____, toutefois, les références à cette classification résultent de son rapport du mois de juin 2012. De plus, il convient de souligner que les troubles constatés semblent être d'une certaine gravité et que la Dresse M_____ a conclu à une totale incapacité de travail. Ce médecin a également exposé de manière circonstanciée ses constatations objectives, qui permettent de comprendre les raisons pour lesquelles les différents diagnostics ont été retenus. En effet, elle a notamment observé que la recourante présentait un comportement inhibé et craintif, un bégaiement très important, un trouble anxieux massif, un retrait social, une anhédonie, des pleurs fréquents, de la tristesse, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, des difficultés

A/2887/2013 - 11/13 - d'endormissement, une tension palpable durant les entretiens ou encore une importante irritabilité. En outre, elle a expliqué quelles étaient les conséquences des différents diagnostics en exposant les limitations fonctionnelles importantes qui en découlaient, lesquelles étaient les suivantes : des difficultés relationnelles dans le contact et l'expression verbale et non verbale, liées aux séquelles graves de l'état de stress post-traumatique, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions (angoisses, tristesse et irritabilité), liées à l'état de stress post-traumatique et à l'épisode dépressif, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans le fait de rester seule à la maison, une difficulté dans les déplacements, une hypersensibilité au stress et une capacité de concentration, d'attention et d'adaptation au changement très limitée. Enfin, alors même que le Dr N_____ reproche à la Dresse M_____, dans son avis du 21 mars 2012, de ne pas avoir établi d'anamnèse, force est de constater que son rapport du mois de juin 2012 est fondé sur une telle anamnèse, qui est du reste détaillée. La Cour de céans considère, au vu des rapports de la Dresse M_____, lesquels mettent en évidence des troubles psychiques importants n'ayant jamais été exposés par un autre psychiatre, que la recourante a rendu l'aggravation de son état de santé psychique plausible. Pour le surplus, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il allègue, dans sa réponse du 17 octobre 2012, que la recourante était déjà connue pour une dépression depuis de très nombreuses années, de sorte que les déclarations de la Dresse M_____ ne permettaient pas de rendre vraisemblable une dégradation de son atteinte à la santé. En effet, si plusieurs médecins ont effectivement noté la présence d'une dépression, sans plus ample précision, et en particulier sans facteur de gravité, la Dresse M_____ a clairement retenu un épisode dépressif grave ainsi que plusieurs autres diagnostics psychiatriques qui n'avaient pas été retenus par un psychiatre par le passé. Dès lors, eu égard à ces éléments, l'intimé doit entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante et mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer notamment les conséquences des différentes atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Au vu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'entendre les Drs A_____ et M_____ ou encore de procéder à une comparution personnelle des parties, comme requis par la recourante. Il sera précisé à l'attention de l'intimé que la Dresse M_____ a indiqué que si la recourante devait être examinée par un médecin psychiatre, celui-ci devrait être une femme, au vu des difficultés spécifiques liées à son état de stress post-traumatique. Il conviendrait ainsi que l'intimé tienne compte d'une telle recommandation.

A/2887/2013 - 12/13 - 7. Par conséquent, le recours est admis, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction sur les conséquences des diverses atteintes à la santé psychique de la recourante et décision sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Une indemnité

de 1'000 fr. est allouée à titre dépens à la recourante qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LGPGA et 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LGPGA et 89H al. 1 LPA), celle-ci ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

A/2887/2013 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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