

GE_GERICHTE A/145/2014 vom 17. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_145_2014

FR: GE_GERICHTE A/145/2014 du 17 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/145/2014 del 17 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CELI VEGAS Michel recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le ____ 1966, en Suisse depuis août 1994, a travaillé comme femme de chambre à l'Hôtel B_____ du 20 mai 1997 au 31 juillet 2001. [endif]>[if> 2. Elle a déposé le 7 février 2007 une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'elle souffrait depuis août 1991 "d'une atteinte physique et psychique due aux infractions que j'ai subies". [endif]>[if> 3. Dans un rapport du 2 mars 2007, le Docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et tropicale, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel chronique et d'une cyphose cervico-dorsale depuis le milieu de l'année 2001 environ. Il a estimé son incapacité de travail à 100% depuis juillet 2001. Il a précisé qu'au cours des années 2001 à 2004, l'assurée avait été traitée avec différents antidépresseurs sans effet très net sur la thymie. Depuis quelques semaines elle avait accepté une prise en charge par un psychiatre aux IUPG. Le pronostic demeurait réservé d'autant plus que la famille se trouvait dans une situation sociale difficile et dépendait totalement de l'aide de l'Hospice général. A la question de savoir si l'on pouvait exiger que l'assurée exerce une autre activité que celle de femme de chambre, le médecin a répondu que cela était incertain et lié à l'évolution psychiatrique, indiquant par ailleurs qu'il y avait "blocage psychiatrique". Il a fait état dans les antécédents de sa patiente de deux viols consécutifs lors de son arrivée en Suisse, d'une interruption "volontaire" de grossesse subie contre son gré sous la pression de son mari pour ne pas perdre son poste, et d'une nouvelle grossesse en 2000 avec un travail particulièrement pénible jusqu'au septième mois de grossesse. [endif]>[if> 4. Le 25 octobre 2007, le Dr D_____, chef de clinique à la consultation de la Jonction, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger-moyen, depuis 2006 et a fixé l'incapacité de travail à 100% du 1er juin au 30 septembre 2006, confirmant ainsi l'attestation d'incapacité de travail établie par le Dr E_____ le 29 juin 2006. [endif]>[if> 5. Un examen a été réalisé le 31 janvier 2008 par le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie dans le cadre du service médical régional AI (SMR). Le médecin n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique qui pourrait avoir une répercussion sur la capacité de travail. Il n'a relevé qu'une dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il précise que son examen n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de la personnalité morbide, ni syndrome douloureux somatoforme persistant, ni perturbation sévère de l'environnement psychosocial, qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations stables, ni de limitation fonctionnelle

psychiatrique invalidante. L'assuré souffre d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. En l'absence d'une importante baisse de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir et en l'absence d'une réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante ainsi qu'en l'absence d'une diminution de la concentration, de l'attention, des idées de culpabilité, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires et d'une diminution de l'appétit, le diagnostic d'épisode dépressif n'a pas été retenu. Malgré le vécu traumatisant d'un viol en 1991, l'assurée est restée capable de poursuivre une activité professionnelle et s'est engagée dans une relation avec son mari peu après. En conséquence le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent n'a pas non plus été retenu. ![/endif]>![if> 6. Par décision du 28 avril 2008, l'OAI a rejeté la demande.![endif]>![if> 7. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a, par arrêt du 21 octobre 2008, rejeté le recours interjeté par l'assurée contre ladite décision, se fondant sur le rapport du Dr F_____ du 31 janvier 2008. Il a certes relevé que le Dr C_____ ne partageait pas l'avis du Dr F_____, puisqu'il considérait que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% comme femme de chambre et doutait qu'elle puisse exercer une autre activité en raison de l'évolution psychiatrique, mais a considéré que l'appréciation de ce médecin ne lui permettait pas de s'écarter de celle du psychiatre du SMR. Il a à cet égard constaté que le Dr D_____, même s'il estimait lui aussi que l'incapacité de travail de l'assurée était entière, limitait, rétroactivement, la durée de cette incapacité à une période bien précise, soit celle du 1 er juin au 30 septembre 2006. Par ailleurs, l'état de stress post-traumatique suspecté par le Dr G_____ n'avait pas pu être confirmé (ATAS/1190/2008).![endif]>![if> 8. Par arrêt du 9 janvier 2009, le Tribunal fédéral a déclaré le recours déposé par l'assurée irrecevable selon la procédure simplifiée de l'art. 108 al. 1 let. b LTF.![endif]>![if> 9. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 2 mai 2013. Elle a produit un courrier daté du 3 juin 2013 de la Doctoresse H_____, psychiatre, qu'elle consulte depuis février 2013, courrier selon lequel elle souffre « d'une recrudescence des symptômes dépressifs et anxieux, des difficultés d'adaptation. L'étiologie de cette symptomatologie est complexe et multifactorielle. La première à retenir serait un PTSD chronique avec des manifestations multiples. Il est sans doute imaginable par la suite que l'assurée puisse présenter des difficultés de tout ordre avec un trouble au niveau de l'adaptation au quotidien. D'autres paramètres concourent simultanément et cela n'aide aucunement ma patiente. J'ai retenu les difficultés que présente sa fille cadette qui est actuellement institutionnalisée dans le canton de Fribourg ». ![/endif]>![if> 10. Dans une note du 5 juin 2013, le médecin du SMR rappelle que le PTSD chronique n'a jamais été démontré et n'a pas été retenu en 2008. Il s'agit d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive sans répercussion majeure et durable sur la capacité de travail. Le médecin du SMR en conclut qu'il n'y a pas d'aggravation et propose à l'OAI de refuser d'entrer en matière.![endif]>![if> 11. L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision le 15 juillet 2013, aux termes duquel il n'entre pas en matière sur sa demande de prestations.![endif]>![if> 12. Le 2 septembre 2013, la Dresse H_____ a reproché à l'OAI de ne pas lui avoir communiqué une copie du projet de décision. Elle ne comprend pas ce refus d'entrer en matière « sous prétexte qu'en 2008, il y a déjà eu un premier refus », et indique que « la situation de l'assurée s'est bien péjorée sur le plan clinique et il aurait été au moins important de l'auditionner pour le savoir ».![endif]>![if> 13. Par courrier du 10 septembre 2013, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'OAI qu'il connaissait cette patiente depuis le départ

du Dr C _____, parti à la retraite, et qu'il était très surpris du refus de l'OAI d'entrer en matière, tout comme l'était la Dresse H _____. Il considère en effet que l'état de la patiente s'est péjoré sur le plan clinique depuis 2008 et qu'une nouvelle expertise AI serait complètement justifiée.![endif]>![if> 14. Invité à se déterminer, le médecin du SMR, dans une note du 29 novembre 2013, a constaté que le médecin n'apportait aucun élément nouveau, qu'il signalait en réalité que l'aggravation de l'état de sa patiente était réactionnelle à la réception du projet de décision.![endif]>![if> 15. Par décision du 3 décembre 2013, l'OAI a confirmé qu'il n'entrait pas en matière sur la demande de prestations.![endif]>![if> 16. L'assurée, représentée par Me Michel CELI VEGAS, a interjeté recours le 20 janvier 2014 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à sa comparution personnelle et à l'audition de la Dresse H _____ et du Dr I _____, et, principalement, à l'annulation de la décision du 3 décembre 2013, au renvoi de la cause pour instruction et nouvelle décision, et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle reproche à l'OAI de n'avoir pas pris en considération les attestations des Drs H _____ et I _____. Elle affirme que sa situation médicale s'est péjorée depuis janvier 2008 pour des raisons liées aussi aux difficultés avec sa famille (procédure de divorce conflictuelle, placement de sa fille en foyer, etc.). Elle relève également qu'elle n'a pas eu l'accompagnement d'un conseiller juridique ou d'une assistante sociale dans ses démarches auprès de l'OAI, de sorte qu'elle a négligé de produire des documents attestant de la péjoration de son état psychique et physique. Elle verse au dossier une expertise psychiatrique familiale réalisée le 22 février 2013 à la demande du Tribunal de première instance dans le cadre d'une procédure en divorce, expertise selon laquelle « Madame souffre d'un trouble de la personnalité avec des aspects abandonniques, des aspects dépendants et des aspects paranoïaques. L'assurée considère dès lors que les attestations des Drs H _____ et I _____ auraient dû conduire l'OAI à investiguer davantage sur son état de santé et reproche à ce dernier de n'avoir pas même interrogé ces deux médecins.![endif]>![if> 17. Dans sa réponse du 17 février 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que la recourante n'avait pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié. Il constate que les attestations produites par la recourante ne relèvent pas de problème médical nouveau. Elles ne se prononcent par ailleurs ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail résiduelle. Il rappelle enfin, à toutes fins utiles, que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI.![endif]>![if> 18. Dans sa réplique du 28 avril 2014, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle répète que la Dresse H _____, notamment, a retenu une recrudescence des symptômes dépressifs et anxieux, ce qui constitue bien une aggravation de son état de santé. De même, a-t-elle constaté un PTSD qui n'existait pas auparavant. L'assurée considère que le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé ne constitue qu'un préalable à une instruction plus poussée de manière à écarter les dossiers ne remplissant manifestement pas les conditions requises pour bénéficier de l'assurance-invalidité. Or, dans son cas, l'OAI se devait d'entrer en matière. Par son refus, celui-ci semble avoir abusé de son pouvoir d'appréciation. Elle se réfère expressément à un arrêt rendu par la chambre de céans le 30 janvier 2013, à cet égard (ATAS/87/2013). Elle rappelle enfin qu'elle n'était pas assistée d'un avocat au moment de la nouvelle demande de prestations.![endif]>![if> 19. Dans sa duplique du 20 mai 2014, l'OAI a maintenu sa position.![endif]>![if> 20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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; 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).!endif>!if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!endif>!if> 3. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA).!endif>!if> 4. Le litige est limité au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 2 mai 2013. !endif>!if> 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. 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).!endif>!if> 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 (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). 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). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que 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), ne s'applique pas à la procédure de nouvelle demande. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 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. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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 plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références). Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). 6. En l'espèce, il convient de comparer la situation existant lors de la décision du 28 avril 2008, à celle prévalant au moment de la décision querellée du 3 décembre 2013. Il y a préalablement lieu de rappeler que le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé la décision du 28 avril 2008. 7. Il s'agit à présent de déterminer si les rapports médicaux produits par l'assurée dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations sont ou non de nature à établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 8. Dans son rapport du 2 mars 2008, le Dr C_____ avait retenu les diagnostics de syndrome anxio-dépressif réactionnel chronique et de cyphose cervico-dorsale depuis le milieu de l'année 2001 environ. La Dresse H_____ a indiqué, le 3 juin 2013, que l'assurée souffre « d'une recrudescence des symptômes dépressifs et anxieux, des difficultés d'adaptation. L'étiologie de cette symptomatologie est complexe et multifactorielle ». Force est de constater qu'aucun élément nouveau déterminant n'est ainsi mis en évidence, étant au surplus rappelé que le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans

le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3). 9. L'assurée fait valoir un arrêt rendu le 30 janvier 2013 (ATAS/87/2013), aux termes duquel la chambre de céans a admis que la recourante avait rendu plausible une dégradation de son état de santé. L'état de fait dont la chambre de céans a eu à connaître dans cet arrêt s'avère toutefois très différent de celui du cas d'espèce. En effet, dans cet arrêt, de nouveaux diagnostics avaient été retenus dans le cadre de la nouvelle demande, soit un état dépressif – alors que l'humeur avait été considérée comme plutôt bonne lors de la première décision – et des signes de coxarthrose relativement avancée – alors que seule une coxarthrose discrète avait précédemment été mise en évidence. 10. Rien de tel en l'occurrence. 11. Il y a en conséquence lieu de confirmer en l'état le refus d'entrer en matière que lui a opposé l'OAI. Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition de médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assurée a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas. Aussi le recours, mal fondé, est-il rejeté. 11. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03). 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.