

GE_GERICHTE A/1486/2016 vom 7. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1486_2016

FR: GE_GERICHTE A/1486/2016 du 7 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/1486/2016 del 7 settembre 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1967, a déposé une demande de prestations (placement) en date du 22 février 2007, indiquant souffrir de problèmes de dos depuis 2002. 2. Dans un rapport du 17 avril 2008 à l'attention de l'OAI, le docteur B_____, médecin traitant, de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a diagnostiqué un état anxiodépressif, une lombosciatalgie sur discopathies et L3, L4, L5 et S1 ainsi qu'une protrusion discale. L'incapacité de travail était de 100% en 2005 et depuis mai 2006 pour une durée indéterminée. L'assuré était suivi sur le plan psychiatrique par la doctoresse C_____. 3. La Dresse C_____, médecin psychiatre à la permanence de Chantepoulet, a indiqué dans son rapport du 22 mai 2008 que l'assuré présentait, avec effet sur la capacité de travail, des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et des traits de la personnalité borderline. Après la première évaluation, malgré son engagement, le patient n'était pas revenu pour le suivi. Elle a noté dans les antécédents une consommation de stupéfiants et un suivi psychiatrique au cours de son incarcération en 2003 et 2004. 4. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué par le service médical régional de l'OAI (SMR). Les médecins ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail des lombosciatalgies gauches non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale étagée, prédominant en L4-L5 avec composante foraminale bilatérale, et lombalisation de S1. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué un status post fracture de la jambe gauche, un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) et une ancienne polytoxicomanie (alcool, cannabis et cocaïne) actuellement abstinent hormis pour le cannabis. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles du rachis étaient les suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 mn, assis au-delà de 1h30, pas d'attitude en porte-à-faux. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait une personnalité fragile, face à laquelle une prise en charge pourrait le soutenir dans la reprise d'un emploi. Dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, l'incapacité de travail était totale. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis septembre 2005. 5. Par décision du 10 mars 2009, entrée en force, l'OAI a refusé la demande de prestations, motif pris que le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 2,5%, insuffisant pour donner droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente. 6.

Le 27 octobre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Par courrier du 28 octobre 2015, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision, tel qu'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, ce dans un délai de trente jours. En l'absence de réponse, l'OAI indiquait qu'il se verra contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le 4 décembre 2015, l'OAI a reçu un avis de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève. L'assuré avait été hospitalisé du 24 mars 2014 au 4 avril 2014 dans le service de psychiatrie générale pour une symptomatologie dépressive sévère. Le diagnostic principal était un trouble dépressif majeur et le diagnostic secondaire un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical en date du 16 décembre 2015. Il a indiqué que le patient lui avait été adressé par son médecin traitant pour un suivi psychiatrique spécialisé. Il avait déjà présenté des troubles du comportement et psychologiques qui avaient été pris en charge de manière irrégulière. Actuellement, il souffrait d'une dépression récurrente marquée par une humeur triste, de la fatigue, une irritabilité, un manque de concentration et d'attention, ainsi que des troubles du sommeil associés à des troubles de la personnalité. Par ailleurs, il présentait des troubles du comportement marqués par des crises de colère avec une intolérance à la frustration. Il ne travaillait plus depuis plusieurs années. Il ne présentait pas de troubles de la lignée psychotique de type délire ou hallucinations. Actuellement, l'état de santé du patient était en incapacité de travail et son état psychique ne lui permettait pas de vaquer à ses occupations habituelles. La symptomatologie que le patient présentait serait entretenue par ses difficultés socioprofessionnelles. Il consommait régulièrement du cannabis à visée anxiolytique. Selon le psychiatre, il était indispensable que l'assuré continue à être suivi régulièrement en milieu psychiatrique spécialisé, tout relâchement dans l'application du cadre de soins actuel pourra entraîner des conséquences néfastes sur sa santé. Par décision du 11 avril 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjette recours en date du 10 mai 2016. Le recourant relève que lors de la première décision, la psychiatre n'avait pu mettre en avant qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. En revanche, lors de sa deuxième demande, il a expressément invoqué ses problèmes psychiques et, à la demande de l'intimé, il lui a fait parvenir un rapport médical établi par son psychiatre suite à une hospitalisation en 2014. Or, dans son rapport, le psychiatre indique qu'il souffre d'une dépression récurrente, de troubles du comportement et qu'il est en incapacité de travail, son état psychique ne lui permettant par ailleurs pas de vaquer à ses occupations habituelles. Ainsi, le diagnostic posé par son psychiatre et le fait qu'il a dû être hospitalisé en raison d'une symptomatologie dépressive sévère en 2014 met en lumière des éléments qui suffisent à rendre vraisemblable une modification de l'état de santé dans le sens d'une péjoration propre à influencer sur son droit à des prestations. Il s'ensuit que l'OAI aurait dû entrer en matière sur sa demande afin d'en instruire tous les aspects médicaux et juridiques. Il conclut à l'admission du recours et à l'annulation de la décision litigieuse, l'affaire étant renvoyée à l'intimé pour qu'il complète son instruction. Dans sa réponse du 3 juin 2016, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR du 10

février 2016. Il considère que le seul rapport du Dr E_____ du 15 décembre 2015 est insuffisant à rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. [endif]>[if> 13. Par réplique du 24 juin 2016, le recourant relève que l'argumentation faite par l'intimé sur la durée de la péjoration de l'état de santé ne saurait emporter la conviction de l'autorité de céans. Si son hospitalisation n'a pas duré plus de trois mois sans interruption, cela ne signifie en rien que son état de santé ne se serait pas aggravé pour une période plus longue. S'il a pu quitter l'hôpital, cela ne signifie pas que sa sévère dépression ait été guérie à ce moment-là. En outre, le rapport médical du Dr E_____ atteste clairement du fait que sa dépression sévère perdure et cela plus d'un an après qu'il a été hospitalisé.[endif]>[if> 14. Par duplique du 7 juillet 2016, l'intimé persiste dans ses conclusions.[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 - E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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. Interjeté dans la forme et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). [endif]>[if> 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant.[endif]>[if> 4. a. À teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, en sa teneur en vigueur depuis le 1 er janvier 2012 (RAI, RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - 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.[endif]>[if> 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 64 consid. 5.2.3 p. 68, 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198). 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. 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 108 consid. 2b p. 114). b. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1 er janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal

fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - 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 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.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). 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 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). c. Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois, selon leur sens et but exposés ci-avant (consid. 1.2 supra), que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure. 5. En l'espèce, la chambre de céans constate que lors de sa première demande de prestations, le recourant indiquait souffrir du dos et sollicitait un reclassement. L'intimé, par décision du 10 mars 2009, a non seulement refusé une mesure professionnelle, mais également le droit à une rente d'invalidité. Cette décision se fondait essentiellement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR qui ne retenait aucun diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail. Le recourant présentait, selon le psychiatre du SMR, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte et dépressive. Il n'était pas suivi sur le plan psychiatrique, la Dresse C_____ ne l'ayant vu qu'à une seule reprise. Il n'était pas fait mention d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Sur le plan somatique, le recourant ne pouvait plus exercer l'activité de chauffeur-livreur, mais sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Dans sa nouvelle demande du 27 octobre 2015, le recourant invoque, outre des problèmes de dos, des troubles psychiques (dépression) pour lesquels il est désormais en traitement chez un psychiatre. L'intimé lui ayant imparté un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, le recourant a communiqué, par l'intermédiaire de l'assistante sociale de l'Hospice général, copie d'un avis de sortie établi le 4 avril 2014 par les HUG à l'attention du Dr D_____, dont il résulte qu'il a été hospitalisé du 24 mars au 4 avril 2014 dans le service de psychiatrie générale, pour un trouble dépressif majeur. Un rapport médical détaillé devait être communiqué au psychiatre traitant. La chambre de céans constate que le recourant a produit ensuite un rapport médical établi le 16 décembre 2015 par le Dr D_____. Le psychiatre indique que le patient lui a été adressé par son médecin traitant pour un suivi psychiatrique spécialisé. Il souffre d'une dépression récurrente marquée par une humeur triste, de la fatigue, une irritabilité, un manque de

concentration et d'attention, des troubles du sommeil associés à des troubles de la personnalité. Il présente aussi des troubles du comportement marqués par des crises de colère avec une intolérance à la frustration. Il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique type délire ou hallucinations. Le patient est dans l'incapacité de travailler et de vaquer à ses occupations habituelles. Il bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique individuelle, associée à un traitement médicamenteux. Contrairement à ce que l'intimé soutient, la chambre de céans considère que le recourant a rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées sur le plan psychiatrique depuis la dernière décision. Il a été hospitalisé en clinique psychiatrique pour une symptomatologie dépressive majeure et est en traitement chez un psychiatre. Partant, il a rendu plausible une aggravation de l'état de santé. Pour le surplus, il sied de relever que les motifs avancés par l'intimé relatifs à une appréciation divergente relèvent du fond. Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé n'est pas entré en matière. 6. Le recours, bien fondé, est admis. La décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière, instruisse et rende une décision. 7. Au vu du sort du litige, le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03). 8. Pour le surplus, la procédure est gratuite. **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.