

GE_GERICHTE A/1486/2024 vom 3. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1486_2024

FR: GE_GERICHTE A/1486/2024 du 3 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/1486/2024 del 3 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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 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.

E. 1.2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7 e jour avant Pâques au 7 e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations invalidité de l'assurée, reçue le 18 janvier 2024 par l'OAI.

E. 3

Par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1 er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1 er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité – et a fortiori à des mesures professionnelles – naîtrait au plus tôt en 2024, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée en janvier 2024 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1 er janvier 2022).

E. 4.1

Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

E. 4.2

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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1). Si la modification déterminante pour le droit est rendue plausible, l'administration est tenue d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et de l'examiner globalement en fait et en droit ; elle doit donc procéder de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 3.1 ; cf. à ce sujet ATF 130 V 71). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 8C_619/2022 précité consid. 5.1).

E. 4.3

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 - actuellement 2 et 3 - RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.2 et les références). 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 (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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 ainsi que 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 ; 8C_880/2017 précité consid. 5.1 ; 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2). L'exigence relative au caractère plausible 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 ; I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; 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).

E. 5.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 5.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) et par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne

s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références ; 138 V 218 consid. 6).

E. 6.1

En l'espèce, à l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a transmis un rapport neuropsychologique du 7 novembre 2023, une prise de position de l'Hospice général du 8 janvier 2024 ainsi qu'une appréciation de son médecin traitant du 4 mars 2024. Les pièces en question relatent une aggravation de l'état psychique de l'assurée. L'OAI s'est fondé sur le préavis de son SMR qui a considéré qu'il ne s'agissait que de « l'appréciation différente d'une situation similaire », relevant à l'appui de cette argumentation que le médecin traitant de l'assurée « n'a d'ailleurs pas jugé bon d'adresser sa patiente chez un spécialiste en psychiatrie afin d'initier le traitement évoqué par les psychologues consultés à trois années d'intervalle ». Concernant cette dernière critique, les traitements évoqués par les neuropsychologues sont vagues. Dans son rapport du 9 juin 2020, la neuropsychologue C_____ évoque, à l'avant-dernier paragraphe, que l'ampleur du tableau psychiatrique parle en faveur de la nécessité d'accéder au traitement des éléments délirants et de l'angoisse de fond par la « voie de la psychopharmacologie ». Dans son rapport du 7 novembre 2023, le neuropsychologue F_____ mentionne, au tout dernier paragraphe, « qu'un traitement médicamenteux serait à même d'atténuer les troubles de la pensée » tout en relevant que la compétence cognitive resterait malgré tout altérée par le déficit intellectuel et l'illettrisme. Le neuropsychologue conclut qu'en l'état, les troubles de la compréhension du cours de l'action de ralentissement sont tels qu'aucune activité professionnelle n'apparaît possible. On peut difficilement parler d'un traitement précis qui aurait été prescrit à l'assurée et que le médecin traitant n'aurait pas initié. Ce d'autant moins que, dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2021, l'expert psychiatre D_____ s'est clairement prononcé sur l'éventuelle influence d'un traitement sur les troubles de l'assurée, p. 34, ch. 8.2, de son rapport, estimant que « Le traitement proposé est inexistant, un suivi n'est pas exigible, car il ne pourra probablement pas augmenter la capacité de travail. De la Quietapine en si besoin (sic) [probablement : en réserve] en fonction des angoisses, peuvent (sic) augmenter la qualité de vie et un traitement est exigible en cas de décompensation psychotique franche, ce qui n'est pas le cas actuellement ». Cette appréciation se retrouve en p. 38, ch. 9.3.2, lorsque l'expert doit répondre à la question de l'OAI sur les options thérapeutiques individuelles qui pourraient améliorer de façon sensible la capacité de travail et déclare que « Un suivi psychothérapeutique centré sur la réinsertion professionnelle dans l'économie libre est porteur d'espoir. Le traitement pharmacologique n'est pas exigible en dehors d'une décompensation psychotique possible à tout moment chez une assurée fragile ». Compte tenu de ces éléments, on peut difficilement suivre l'appréciation du médecin du SMR écartant la possibilité d'une aggravation de l'état de santé, au motif que le médecin traitant n'a pas adressé sa patiente chez un spécialiste en psychiatrie afin d'initier un traitement. Quand bien même un traitement et un suivi psychiatrique eussent été utiles, leur absence ne permet pas de soutenir qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état psychique de l'assurée. Seule une comparaison de la situation médicale au moment de la prise de décision du 13 juin 2022 et de la situation médicale au moment de la réception de la nouvelle demande, le 18 janvier 2024, permet d'apprécier l'existence ou non d'une aggravation.

E. 6.2

La décision du 13 juin 2022 s'est fondée, notamment, sur le rapport de l'expert D_____ qui estimait qu'il existait une capacité de travail de 50 % dans un emploi simple intellectuellement et sans stress social, tenant compte des désirs de l'assurée. S'il est vrai que l'expert D_____ a considéré qu'il existait une capacité de travail de 50 %, il n'en reste pas moins qu'à teneur de son rapport d'expertise, les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient déjà « significatives cliniquement », dans le sens d'un trouble grave de la personnalité, avec des relations interpersonnelles perturbées d'une façon significative, avec un contact de type psychotique et des angoisses psychotiques avec dé-réalisation lors des stress sociaux importants, un isolement social partiel mais significatif, une hypersensibilité au stress, une fragilité émotionnelle et des difficultés relationnelles importantes, avec des idées de persécution sans délire structuré, des troubles de la concentration légers, des hallucinations annuelles, des fuites d'idées ponctuelles et des capacités intellectuelles en dessous de la norme (rapport d'expertise, p. 33, ch. 7.1). L'existence d'un éventuel trouble délirant persistant, qui avait été posé suite à un seul entretien avec un médecin psychiatre du centre ambulatoire de psychiatrie de psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) de H_____, n'avait pas été retenu par l'expert. À cet égard, le rapport, daté du 25 février 2021 de la consultation du 28 mars 2019, établi par le docteur I_____, médecin adjoint responsable d'unité, faisait état d'un trouble délirant sans précision (F 22.9) sans élément en faveur d'une symptomatologie dépressive objectivée. Une proposition thérapeutique de prise en soins ambulatoire au CAPPI avait été refusée par la patiente sans qu'il ne soit mentionné un critère d'obligation de soins et aucun traitement n'avait été prescrit. Selon l'expert D_____, il était retenu une discordance entre le diagnostic de trouble délirant persistant posé après un seul entretien par le psychiatre du CAPPI, chez une assurée qui avait un vécu de persécution, mais sans délire structuré et qui n'avait pas de changement significatif, selon l'anamnèse, depuis le début de l'âge adulte. Il considérait également qu'il existait une discordance entre une capacité de travail nulle, selon le psychiatre et le médecin traitant, et la journée type, malgré l'absence d'un traitement psychiatrique, tout en prenant en compte le fait que, malgré un état décrit comme étant stationnaire depuis le début de l'âge adulte, l'assurée avec pu travailler à temps partiel à plusieurs reprises (rapport d'expertise p. 17, ch. 3.2.14). Or, selon les déclarations de l'assistante sociale de l'Hospice général ainsi que celles du médecin traitant, l'assurée n'est désormais plus en état de travailler, même à temps partiel et même pour des tâches occupationnelles. La description de l'état psychique de l'assurée, telle qu'elle ressort de l'appréciation de l'Hospice général et du médecin traitant, est de nature à remettre en question le véritable déroulement d'une journée type, ce d'autant plus que le neuropsychologue F_____ a expressément retenu dans son rapport du 7 novembre 2023, p. 3, au sujet des activités quotidiennes décrites par l'assurée que « Toutes ces assertions sont invérifiables ». De surcroît, l'état délirant qui avait été relevé par le psychiatre du CAPPI en 2019 et qui avait été relativisé par l'expert D_____ en raison de son unique occurrence, semble désormais se produire de manière plus fréquente, l'assistante sociale mentionnant qu'à de nombreuses reprises, ces derniers mois des rendez-vous avaient eu lieu, lors desquels l'assurée tenait des propos totalement incohérents, qui rendaient même la conversation incompréhensible (courrier de l'Hospice général du 8 janvier 2024, p. 2, 4^{ème} paragraphe avant la fin). Enfin, le SMR n'a visiblement pas tenu compte de l'appréciation du médecin traitant du 4 mars 2024, car son rapport consécutif du 19 mars 2024 représente un copié/collé du précédent rapport du 4 février 2024, le médecin du SMR se contentant de citer le Dr B_____ et d'écarter son appréciation au motif qu'il n'y avait pas eu de séjour en

milieu psychiatrique, qu'il n'était pas fait mention de consultation psychiatrique et qu'aucun traitement psychotrope n'était évoqué.

E. 6.3

Il convient de rappeler qu'il n'est pas nécessaire qu'une preuve soit pleinement rapportée par l'assurée pour qu'une modification déterminante soit survenue depuis la dernière décision. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que des indices d'une telle modification suffisent, alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 ; I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; 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). Compte tenu des pièces produites par l'assurée, soit le rapport du neuropsychologue F_____, l'appréciation de l'assistante sociale de l'Hospice général qui suit l'assurée depuis plusieurs années et le médecin traitant B_____ et du contenu desdites pièces, qui font état d'indices d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée - notamment quant à des délires qui avaient déjà été évoqués dans l'expertise du Dr D_____, mais que ce dernier avait écarté en raison du caractère isolé de l'épisode rapporté par le Dr I_____ - la chambre de céans considère que l'assurée est parvenue à rendre plausible une aggravation de son état de santé et que l'intimé doit entrer en matière sur sa nouvelle demande.

E. 7.1

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, sur la question de l'entrée en matière, et la décision annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour entrer en matière sur la demande de l'assurée, instruire cette dernière, notamment par le biais d'une expertise psychiatrique indépendante et rendre une nouvelle décision.

E. 7.2

La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

E. 7.3

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.