

## **GE\_GERICHTE A/3067/2008 vom 15. Oktober 2001**

GE Cour de justice, 2001-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3067\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3067_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3067/2008 du 15 octobre 2001

IT: GE\_GERICHTE A/3067/2008 del 15 ottobre 2001

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.03.2009  
A/3067/2008

A/3067/2008 ATAS/325/2009 du 18.03.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3067/2008 ATAS/325/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 18 mars 2009 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée àVERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_, née en 1951, esthéticienne de formation, a surtout travaillé dans le nettoyage depuis 1985. Elle a exercé son dernier emploi auprès de la société X \_\_\_\_\_ SA, en qualité de nettoyeuse, à raison de deux heures par jour depuis le 1 er janvier 2000 jusqu'au 31 décembre 2001, date à laquelle le contrat de travail a été résilié par l'employeur. En date du 17 juin 2000, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Elle y déclarait souffrir de divers problèmes de santé depuis le 30 juillet 1982 et sollicitait l'octroi d'un placement ou d'une rente. Après instruction du cas, l'OCAI a, par décision du 15 octobre 2001, rejeté la demande, motifs pris qu'elle présentait une incapacité de travail totale dès le 28 mars 2001, soit depuis moins d'une année, de sorte que les conditions légales pour ouvrir le droit à une rente n'étaient pas remplies. Le 29 mars 2002, l'assurée a renouvelé sa demande de prestations, alléguant être toujours dans l'incapacité totale de travailler et d'accomplir ses tâches ménagères. L'administration a ordonné une expertise qu'il a confiée au docteur A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 28 juillet 2003, l'expert a relevé que l'assurée ne souffrait pas d'affection médicale grave. Les lombalgies étaient légères, non corroborées cliniquement et contrôlées par la prise d'un médicament. Le problème gastrique avait été traité, l'asthme n'était pas confirmé, mais la patiente prenait le traitement adéquat. Les plaintes de cette dernière étaient très vagues et assez banales, telles que des malaises mal définis, un gonflement matinal du visage et des mains et une fatigue. A l'examen clinique, le docteur A \_\_\_\_\_ a noté que la patiente était en bon état général ; l'examen de la colonne vertébrale n'avait pas montré la présence de troubles statiques ; il n'y avait pas de douleur à la palpation de la colonne cervicale ou lombaire, ni de contracture musculaire paravertébrale lombaire. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Quant à ceux sans répercussion sur ladite capacité, ils étaient les suivants : lombalgies chroniques, hernie hiatale, gastrite traitée en mars 2001, asthme probable d'étiologie allergique non confirmée, obésité, état post chirurgie de la thyroïde 15 ans auparavant et lithiase vésiculaire. Dans son appréciation du cas, l'expert a considéré que la patiente ne souffrait pas d'affection médicale compromettant la capacité de travail. Par contre, il était évident que l'intéressée présentait des traits dépressifs et anxieux, ainsi qu'un

comportement « bizarre », d'ailleurs relevé par plusieurs médecins consultés. Sur le plan physique, le docteur A \_\_\_\_\_ a conclu à une aptitude totale au travail depuis le 7 décembre 2001, mais une évaluation psychiatrique lui semblait indispensable. Le docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise en date du 14 janvier 2005 sur mandat de l'OCAI. Dans son anamnèse, il a relevé que son confrère cardiologue, le docteur HOFMANN, avait écarté une cardiopathie significative et mentionné que les plaintes n'étaient pas en rapport avec la sphère cardio-vasculaire (avis du 24 août 2000). Le pneumologue avait pour sa part conclu à un asthme probable et préconisé des corticoïdes et des séances de physiothérapie respiratoire, ce que l'assurée avait refusé. Le médecin traitant, le docteur LACATIS, parlait lui d'un tourisme médical exagéré et avait suggéré à l'assurée de suivre un traitement psychothérapeutique et de prendre des antidépresseurs (rapport du 23 avril 2001), ce qu'elle avait aussi refusé. Quant au docteur A \_\_\_\_\_, il avait relevé des traits dépressifs, anxieux et un comportement bizarre. Au status clinique, l'expert B \_\_\_\_\_ a constaté que l'intéressée ne présentait pas de problème de cognition ou de mémoire et qu'elle était bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle n'avait pas non plus de trouble psychosensoriel ou psychotique (telles des hallucinations). En revanche, elle présentait un abaissement de l'humeur, une perte d'énergie, une légère diminution de la concentration et de l'attention. En conséquence, le docteur B \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère récurrent. L'assurée présentait également des traits de personnalité, mais ceux-ci n'atteignaient pas le seuil d'un trouble de la personnalité. D'un point de vue psychique, il n'y avait pas d'incapacité de travail. Fort des considérations qui précèdent, l'OCAI a rejeté la demande pour absence d'atteinte à la santé invalidante par décision du 4 mars 2005, confirmée sur opposition le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Suite au recours de l'assurée, le Tribunal de céans a, par jugement du 8 novembre 2006 ( ATAS/1016/2006 ), confirmé la position de l'administration. En substance, il a considéré que les rapports d'expertise figurant au dossier emportaient la conviction et qu'en conséquence, la décision de l'OCAI devait être confirmée, faute pour l'assurée de présenter une atteinte à sa santé invalidante. Ce jugement est entré en force suite à sa confirmation par le Tribunal fédéral le 27 mars 2007 (arrêt I 1088/06). Le 10 mai 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'administration, faisant état d'une aggravation de son état de santé. Elle a transmis un rapport médical du 8 janvier 2008 émanant du docteur C \_\_\_\_\_, médecin interne auprès du département de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis début 2009. Ce praticien y expose avoir vu la patiente à trois reprises depuis le début du mois d'octobre 2007. Lors des dites consultations, l'intéressée s'est plainte d'hallucinations auditives, de fatigue, d'anhédonie, ainsi que d'un discret trouble du sommeil. Une anxiété manifeste était par ailleurs présente. Toutefois, la symptomatologie ne lui permettait pas de pouvoir poser un diagnostic de certitude, ce d'autant que des éléments cliniques tels barrage, rires immotivés, désorganisation du cours ou du contenu de la pensée, qui accompagnent normalement une hallucinose d'origine psychiatrique n'avaient pas été constatés. Malgré une compliance médicamenteuse très irrégulière jusqu'au jour du rapport, un traitement neuroleptique avait été introduit. Il fallait cependant compter plusieurs semaines avant d'atteindre les doses thérapeutiques et de pouvoir poser une détermination quant à son efficacité. Dans un projet de décision du 17 janvier 2008, l'OCAI a informé l'assurée de ce qu'il entendait rejeter la nouvelle demande de prestations, au vu de l'absence de diagnostic médical clair et de la compliance médicamenteuse très irrégulière. Dans le cadre de la

procédure d'audition, les docteurs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du département de psychiatrie adulte des HUG, ont transmis à l'administration un nouveau rapport médical daté du 19 mai 2008. On y apprend que l'intéressée est suivie depuis septembre 2007 et qu'elle souffre d'an-goisses massives l'empêchant fréquemment de quitter son domicile et d'entre-prendre des activités. Cet état anxieux était également incapacitant dans les tâches de la vie quotidienne (ménage, courses et préparation des repas). L'anxiété se manifestait par des douleurs multiples, des pertes de mémoire importantes et des ruminations anxieuses avec une altération des perceptions (impression d'entendre des voix, sensations terrifiantes telles que des visions par exemple). Des idées noires, sans projet suicidaire concret, sont occasionnellement présentes. L'état anxieux rendait le traitement psychiatrique très difficile, vu la méfiance affichée par la patiente envers toute proposition thérapeutique. En conclusion, les médecins estiment l'assurée totalement incapable de travailler pour une longue durée. Appelée à se prononcer, la doctoresse E \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a considéré que les éléments apportés par les médecins traitants ne démontraient pas d'aggravation de l'état de santé depuis la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> novembre 2005. L'OCAI a par conséquent confirmé son projet par décision formelle du 24 juin 2008. S \_\_\_\_\_ interjette recours à l'encontre de cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 31 juillet 2007 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (mémoire du 26 août 2008). En substance, elle fait valoir que dans l'arrêt par lequel la Juridiction de céans l'a déboutée en 2006, il était fait référence à un certificat de la doctoresse F \_\_\_\_\_ selon lequel les symptômes d'un trouble psychique pouvant constituer un handicap à faire face aux gestes de la vie quotidienne étaient absents. Or, depuis, son état de santé s'est considérablement aggravé, puisque les documents produits par les psychiatres en charge de son suivi font état d'hallucinations auditives, puis visuelles et d'an-xiété massive notamment. Ces nouveaux éléments, non mentionnés dans l'expertise psychiatrique de 2005, sont générateurs d'une incapacité totale de travail et entravent l'accomplissement des tâches ménagères également. Il suit donc de cette évolution que les conditions du réexamen de la demande de prestations sont remplies et qu'une rente doit lui être octroyée ou à tout le moins une expertise psychiatrique diligentée. La recourante produit, en annexe à son mémoire de recours, un rapport du docteur C \_\_\_\_\_ du 15 août 2008, dans lequel ce médecin fait savoir que la recourante est suivie depuis le 7 novembre 2007 à raison d'une fois toutes les 3 à 4 semaines et qu'elle se présente ponctuellement à ses rendez-vous. Depuis lors, son état est demeuré stationnaire. L'intéressée souffre d'angoisse massive l'empêchant fréquemment de quitter son domicile et d'entreprendre des activités, ainsi que de remplir les tâches de la vie quotidienne. Sur le plan somatique, la symptomatologie se manifeste par des douleurs multiples et migrantes, tandis que d'un point de vue psychiatrique, le médecin rapporte des pertes de mémoire, des ruminations anxieuses avec une altération des perceptions (hallucinations auditives, sensorielles et visuelles). La méfiance vis-à-vis des mesures thérapeutiques perdure. Le diagnostic posé par le médecin est un trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité émotionnellement labile type borderline et traits de personnalité histrionique, ainsi qu'une anxiété généralisée. Dans son mémoire de réponse du 22 septembre 2008, l'intimé persiste dans sa position, considérant qu'une aggravation de l'état de santé n'est pas démontrée. En effet, le docteur C \_\_\_\_\_ lui-même admet que la symptomatologie est stable depuis fin 2007. Copie de ce courrier a été transmis à la recourante, sur quoi la cause a été gardée à

juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). a) La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées). En particulier, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4 e révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la novelle du 6 octobre 2006 (5 e révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). b) En l'espèce, les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la novelle du 6 octobre 2006, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date, ce qui demeure sans importance dans le cas présent, vu que les normes ad hoc n'ont pas fait l'objet d'une modification. Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. 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. 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. 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 114 consid. 2b). En pareille hypothèse, l'administration doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a

et b). Il n'y a cependant pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression, de la diminution ou du rejet de la demande de rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : Schaffauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, de telle sorte que ce point n'a plus à être examiné par la Juridiction de céans. Reste à répondre à la question de savoir si c'est à juste que l'office intimé a considéré qu'il n'y avait pas de motif à révision, ou, en d'autres termes, pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à la

situation qui prévalait au moment de la décision initiale de refus de prestations de 2005. b) On pourrait, dans une première approche et à l'instar que ce que l'OCAI a décidé, estimer que le peu de temps espaçant la décision initiale et la nouvelle demande, ainsi que la similarité des diagnostics posés (traits de personnalité et état dépressif d'intensité légère récurrent d'une part et trouble de la personnalité et anxiété généralisée d'autre part) ne parlent pas en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée. Toutefois, force est de constater que cette dernière semble, aux dires de son psychiatre traitant, avoir développé des hallucinations auditives, sensorielles et visuelles en tous les cas depuis la fin de l'année 2007, date du début de la prise en charge. Certes, de telles manifestations peuvent faire partie du tableau clinique d'un trouble de la personnalité, ou ne se manifester que sous la forme de simples traits de ce dernier, non décompensé. Cela étant, il n'est pas possible, à la lumière des documents présents au dossier, de dire ce qu'il en est à ce propos, ce d'autant que les hallucinations n'étaient pas relatées par le docteur B\_\_\_\_\_ dans son expertise de janvier 2005. En conséquence, se pose donc légitimement la question de savoir si l'état de l'intéressée s'est détérioré sous la forme d'une éventuelle décompensation d'un trouble de la personnalité ou de toute autre pathologie psychiatrique ou si les diagnostics posés par le docteur C\_\_\_\_\_ ne reflètent qu'une appréciation divergente d'un état de fait semblable à celui retenu par l'expert B\_\_\_\_\_ à l'époque. La réponse à ces interrogations ne saurait être donnée par le Tribunal, tant il est vrai qu'elles doivent faire l'objet d'une analyse circonstanciée par un spécialiste. Le dossier sera donc retourné à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique. Il suit de ce qui précède que la recourante obtient partiellement gain de cause. Une indemnité de dépens lui sera donc allouée et les frais seront mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'intimé du 24 juin 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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