

GE_GERICHTE A/3709/2013 vom 5. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3709_2013

FR: GE_GERICHTE A/3709/2013 du 5 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/3709/2013 del 5 giugno 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____ (B_____), domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Maurizio LOCCIOLA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (B_____ ; ci-après : l'assurée), ressortissante de Serbie-et-Monténégro née en _____ 1961, mariée, mère de cinq enfants, est arrivée en Suisse en 1990. Sans formation professionnelle, elle a travaillé, de 2003 à juillet 2004, en qualité d'employée d'entretien remplaçante dans une société de nettoyage le soir, à raison d'une heure et demie par semaine, pour un salaire horaire de CHF 19.30 (y compris 8,33% à titre de vacances). [endif]>[if> 2. Le 2 mars 2007, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques présent depuis août 2004 et ayant entraîné une totale incapacité de travail.[endif]>[if> 3. Par décision du 17 février 2009, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période courant du 1er mars 2006 au 31 août 2007.[endif]>[if> Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - les avis des Drs C_____ (rapport du 3 juillet 2007), médecin traitant, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 8 juin et 2 août 2007), concluant à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et à un état de stress post-traumatique incapacitants ; le Dr C_____ précisait que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant ; d'après lui, elle présentait une symptomatologie douloureuse gastrique et rachidienne, une symptomatologie neurovégétative marquée, des insomnies chroniques et des anxiétés du type attaques de panique, fréquentes depuis août 2004, ainsi que des psycho-traumatismes chroniques et multiples ; le D_____, pour sa part, soulignait que même si les critères permettant de conclure à des attaques de panique et à une anxiété généralisée étaient remplis, ces diagnostics ne pouvaient être retenus s'agissant d'atteintes survenant dans le cadre de la décompression thymique ; [endif]>[if> - une expertise du Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 3 mars 2008, concluant à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, présent depuis août 2004 ; selon l'expert, des symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique persistaient (cauchemars ponctuels en relation avec des membres décédés de la famille et attaques de panique liées aux souvenirs des anciens traumatismes, émoussement psychique et conduites d'évitement), toutefois, l'assurée ne présentait ni flash-back, ni pensées intrusives, ni phobie, ni état de qui-vive ou de reviviscence constante des événements, raison pour laquelle le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'était pas retenu ; il n'en demeurerait pas moins que l'assurée avait été confrontée à divers traumatismes, ce qui avait progressivement décompensé sa thymie ; selon l'expert, malgré les limitations fonctionnelles observées en lien avec l'affection

précitée, l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 40% depuis le milieu de l'année 2007 ;

- un rapport du 2 avril 2008 par les Drs F_____ et G_____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), relevant que les éléments symptomatiques et cliniques concernant la thymie atteignaient le seuil diagnostique d'un épisode dépressif moyen, accompagné de syndrome somatique, que la persistance dans la situation décrite au long de l'instruction depuis 2004, le bas niveau de formation, le contexte familial peu stimulant et l'absence d'intégration dans la société s'accumulaient et rendaient très difficile la reprise d'une activité de travail et que la capacité de travail à retenir dans l'activité habituelle était de 40% chez une assurée au statut mixte (50/50) ;

- un rapport d'enquête ménagère daté du 16 septembre 2008, concluant à un empêchement de 21,25% dans l'accomplissement des travaux habituels.

4. Par arrêt du 26 novembre 2009 (ATAS/1497/2009), la Cour de céans a partiellement admis le recours qu'avait interjeté l'assurée contre la décision de l'OAI du 26 mars 2009 en ce sens qu'elle lui a reconnu le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1er mars 2006 au 31 octobre 2007, puis à un quart de rente à compter du 1er novembre 2007.

5. Par arrêt du 30 juin 2010 (9C_51/2010), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours formé par l'OAI et modifié l'arrêt du 26 novembre 2009 en ce sens qu'il a limité le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente, du 1er mars 2006 au 31 octobre 2007, date à compter de laquelle tout droit aux prestations a été nié.

Relevant qu'il n'était pas contesté que l'assurée était en mesure de reprendre - certes avec une capacité de travail limitée - un emploi dans son ancien domaine d'activité, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était possible, dans le cas particulier, de procéder à une comparaison en pour cent pour évaluer la perte de gain et, partant, l'invalidité pour la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, puisque l'étendue de la perte de gain résultant de l'incapacité de travail représentait nécessairement un pourcentage entre le salaire que la recourante aurait touché (en travaillant à 50%) si elle était demeurée en bonne santé et le salaire qu'elle était désormais en mesure d'obtenir (en travaillant à 40%). Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle devait ainsi être fixé à 20%, celui de l'invalidité globale à 21% ($[0,5 \times 20\%] + [0,5 \times 21,25\%]$), et ce depuis août 2007, date à partir de laquelle l'assurée avait recouvré une capacité résiduelle de travail de 40%.

6. Le 1er février 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant un trouble psychiatrique présent depuis janvier 2002.

7. Par courrier du 8 février 2013, l'OAI en a accusé réception et a accordé à l'assurée un délai de 30 jours pour rendre plausible que son invalidité s'était modifiée au point d'influencer ses droits, notamment par le biais d'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (capacité de travail résiduelle, limitations fonctionnelles). Il était précisé qu'à défaut, l'OAI statuerait en l'état du dossier et pourrait décider de ne pas entrer en matière.

8. L'assurée n'a pas réagi dans le délai imparti.

9. Le 12 avril 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision intitulé « refus d'entrer en matière », duquel il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.

10. Par courrier du 29 avril 2013, le Dr C_____ a contesté ce projet en indiquant que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques chronicisé depuis 2007 – date d'une rupture existentielle majeure –, d'un état de stress post traumatique chronique et d'une modification durable (vraisemblablement définitive) de la personnalité après expériences de catastrophes.

Le Dr C_____ a fait valoir que « les conclusions de l'OCAI et du TFA étaient prématurées et rétrospectivement erronées ». Se référant aux avis du Dr

D_____, le médecin traitant a allégué avoir observé une péjoration de l'état de sa patiente, une détérioration de ses relations avec ses enfants, lesquels réalisaient depuis sept ans une véritable « hospitalisation à domicile ». Le médecin traitant a ajouté que, depuis deux ans, l'assurée bénéficiait de soins ambulatoires, traitements qui n'avaient, jusqu'alors pas amélioré l'évolution clinique « péjorative ». Il a conclu que la capacité de sa patiente sur les plans professionnel et domestique était nulle et durable depuis le 1^{er} janvier 2010 au moins, ajoutant que la « catamnèse » démontrait que l'incapacité remontait à 2007 déjà.

11. Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR, plus particulièrement au Dr G_____ qui, le 13 août 2013, a émis l'avis que le Dr C_____ n'apportait aucun élément parlant en faveur d'une aggravation objective et manifeste de l'état de santé de l'assurée. Selon le SMR, la situation était la même que celle prévalant en avril 2008. 12. Par décision du 17 octobre 2013, intitulée « refus d'entrer en matière », l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, motif pris qu'en l'absence d'élément médical nouveau au dossier rendant plausible une aggravation de son état de santé, une entrée en matière ne se justifiait pas. 13. Par courrier du 28 octobre 2013 au SMR, le Dr C_____ a exprimé son désaccord avec ses conclusions. Selon lui, « toute la clinique du suivi de l'assurée montre une aggravation significative depuis le 1^{er} janvier 2010 ». Cette aggravation correspondait « à l'histoire naturelle du changement de personnalité lié au traumatisme ». Le médecin traitant disait constater à chaque consultation une souffrance psychique majeure (9/10), un désespoir, une absence de tout projet d'avenir et un repli. Selon lui, « évidente à constater, cette souffrance traduisait l'imbrication et la chronicisation d'un trouble dépressif récurrent grave, de stress post-traumatique et d'un épuisement psychique ». Il décrivait l'assurée comme brisée par un passé traumatique, à la structure psychique vraisemblablement effondrée de façon irréversible, incapable de faire face à ses tâches ménagères. Il précisait que le traitement n'apportait aucun bénéfice observable et requérait la mise sur pied d'une nouvelle expertise qu'il préconisait de confier au Dr H_____, cas échéant au Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 14. Par écriture du 19 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 17 octobre 2013 en concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 17 octobre 2013 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2013. Elle allègue que son état de santé s'est aggravé, entraînant une invalidité qui lui permet de prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. 15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 17 décembre 2013, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que la recourante n'a pas rendu plausible que les conditions de fait se seraient modifiées de manière essentielle. Il estime que le courrier du Dr C_____ du 28 octobre 2013, n'apporte aucun élément nouveau par rapport à celui du 29 avril 2013, dont le SMR a considéré qu'il ne permettait pas de conclure à une aggravation objective de l'état de santé de la recourante. 16. Par écriture du 14 février 2014, la recourante a conclu à l'annulation de la décision du 17 octobre 2013 et à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI afin que ce dernier entre en matière sur sa demande du 1^{er} février 2013. La recourante estime avoir rendu plausible que son invalidité s'est modifiée depuis la décision de l'OAI du 17 février 2009. En effet, le Dr E_____ concluait alors à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, alors que, dans son rapport du 28 avril 2013, le Dr C_____ pose les diagnostics de trouble dépressif sévère et de modification durable de la personnalité. Il en ressort en outre que la recourante bénéficie depuis deux ans de soins psychiatriques ambulatoires et que le traitement médicamenteux n'a pas amélioré

l'évolution de son état. Enfin, elle souligne que le Dr C_____ met en évidence la détérioration importante de ses relations avec ses enfants et la modification de sa personnalité. La recourante en tire la conclusion que suffisamment d'éléments médicaux ont été fournis pour rendre plausible que son état de santé s'est aggravé. 17. Par écriture du 10 mars 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. 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 depuis 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 17 octobre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), le 1 er janvier 2008 de celles du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et des changements intervenus le 1 er janvier 2012 suite à la révision 6a du 18 mars 2011. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux trois révisions susmentionnées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 1 er février 2013. 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. 2 et 3 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. 2 et 3 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011). 6. 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. 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). 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 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).

7. 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, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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 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). 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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 et les références).

9. 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 ; 109 V 262 consid. 4a).! [endif]>![if> 10. Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).! [endif]>![if> 11. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est celle de savoir si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue entre le 17 février 2009 - date à laquelle l'intimé a statué sur sa première demande - et le 17 octobre 2013, date de la décision litigieuse.! [endif]>![if> On relèvera qu'au cours de l'instruction ayant conduit à la décision du 17 février 2009, les Drs C_____ (rapport du 3 juillet 2007) et D_____ (rapports des 8 juin et 2 août 2007) concluaient déjà à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et à un état de stress post-traumatique incapacitants. Le Dr C_____ précisait que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant. Le Dr E_____ avait quant à lui conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique réduisant la capacité de travail à 40%. Le Dr C_____, dans son courrier du 29 avril 2013, retient les mêmes diagnostics que précédemment (trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques chronicisé depuis 2007 et état de stress post traumatique chronique) mais y ajoute celui de modification durable et vraisemblablement définitive de la personnalité après expériences de catastrophes. Il ajoute avoir constaté, en tant que médecin de famille, une péjoration de l'état de sa patiente se traduisant notamment par une détérioration des relations avec ses enfants et la nécessité de faire appel à des soins ambulatoires. Le Dr C_____ affirme que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé. Il est vrai qu'en 2007 déjà, il qualifiait son état dépressif de sévère, ce qui ôte quelque force de persuasion à son constat actuel. Néanmoins, il fait également état de diagnostics supplémentaires et d'une péjoration des limitations (repli sur soi accru, difficultés des relations) dont il convient de vérifier si elles n'ont pas une influence sur le droit à la rente. En ce sens, on peut considérer qu'une aggravation a à tout le moins été rendue plausible, étant rappelé que les exigences de preuves à cet égard sont sensiblement réduites en ce sens que la conviction du juge 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 et que des indices d'une telle modification suffisent. Une instruction plus poussée apparaît nécessaire pour examiner les conséquences de ladite aggravation en termes de droit aux prestations. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que c'est à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière au motif qu'aucune aggravation n'aurait été rendue plausible. En conséquence, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction et décision au fond. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :