

GE_GERICHTE A/4285/2015 vom 27. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4285_2015

FR: GE_GERICHTE A/4285/2015 du 27 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/4285/2015 del 27 aprile 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric BEAUMONT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1955, de nationalité portugaise, divorcée, est venue s'installer en Suisse en 1985. Depuis le 1^{er} janvier 2000, l'assurée a été engagée en qualité de concierge à raison de 20 heures par semaine, pour le compte d'une régie sur la place de Genève. Elle a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 juin 2010. Son contrat de travail a été résilié au 31 mars 2011. L'assurée avait déposé une première demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) le 22 février 2011, pour un état dépressif réactionnel à son licenciement abusif. À teneur de l'expertise réalisée par le docteur B_____, psychiatre FMH, elle présentait une dysthymie, sans influence sur la capacité de travail, qui était de 100 %. L'OAI, par décision du 22 août 2012, a rejeté la demande de rente. Le recours interjeté par l'assurée auprès de la chambre de céans a été rejeté par arrêt du 27 février 2013 (ATAS/208/2013), entré en force. Le 29 avril 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assurée, a demandé à l'OAI de réactiver le dossier, informant qu'il la suivait de manière conjointe avec son psychiatre, le docteur C_____. Il lui semblait que le traitement pharmacologique antidépresseur n'était guère efficace. La patiente gardait des traits dépressifs sévères et une insomnie importante. Le pronostic restait sombre. Par courrier du 18 juin 2015, l'OAI a invité l'assurée à produire tout document permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. Par l'intermédiaire de son médecin-traitant, l'assurée a demandé une prolongation de trente jours, son psychiatre étant en vacances jusqu'au 21 juillet, date de son rendez-vous. Dans un rapport du 31 juillet 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 15 septembre 2014, suite à une aggravation d'un état anxieux dépressif. Le traitement antidépresseur prescrit par le médecin traitant n'avait pas amélioré l'état clinique. Sur la base de l'évaluation clinique et du status psychiatrique, il retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La patiente était en incapacité de travail depuis quatre ans, elle n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle dans son activité habituelle, ni apte pour un remplacement professionnel, en raison des limitations psychiques en lien avec son état dépressif. Par avis médical du 24 septembre 2015, le docteur D_____, médecin SMR, a indiqué que le psychiatre signalait que l'assurée était en incapacité depuis 4 ans, pour le même problème qui avait conduit à une expertise psychiatrique. Les nouveaux éléments amenés par le Dr C_____ ne justifiaient pas une entrée en

matière.![endif]>![if> 9. Par décision du 18 novembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, motif pris que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. ![endif]>![if> 10. Par courrier du 26 novembre 2015, l'assurée a contesté cette décision auprès de l'OAI, relevant qu'elle était âgée de 61 ans, usée physiquement et psychologiquement par la vie et qu'elle ne pourra plus reprendre une activité. ![endif]>![if> 11. Le Dr C_____ a adressé à l'OAI un rapport médical daté du 1^{er} décembre 2015. Il a relevé que la patiente avait déjà présenté dans ses antécédents au moins deux épisodes dépressifs majeurs traités en 2000 et 2011. L'évolution clinique était marquée par l'aggravation de la symptomatologie dépressive, notamment depuis le mois de février 2015, à la suite d'un grave conflit familial. Au status, il notait une thymie sévèrement abaissée, une anhédonie et une aboulie marquée, un effondrement de l'estime de soi et un désinvestissement relationnel important. La patiente présentait des troubles de la concentration et des troubles de la pensée sous la forme d'un rétrécissement, d'une inhibition et d'un ralentissement, sans idée délirante, des idées de ruine et d'échec, mais aussi des idées suicidaires préoccupantes. Sur la base de son état psychique, le Dr C_____ considérait que la patiente n'était pas en mesure de pouvoir reprendre une activité professionnelle, ni apte pour un remplacement professionnel. ![endif]>![if> 12. Le 9 décembre 2016, l'OAI a communiqué à la chambre de céans le courrier de l'assurée du 26 novembre 2015, comme objet de sa compétence.![endif]>![if> 13. Dans sa réponse du 13 janvier 2016, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR du 24 septembre 2015, au terme duquel l'assurée ne présente pas de nouvelle atteinte à la santé. Pour le surplus, le rapport médical du Dr C_____ du 1^{er} décembre 2015 produit après la notification de la décision querellée ne doit pas être pris en compte.![endif]>![if> 14. Le 29 janvier 2016, le mandataire de l'assurée s'est constitué et a requis un délai pour répliquer.![endif]>![if> 15. Dans son écriture du 4 mars 2016, la recourante relève que l'intimé fait peu de cas du rapport du Dr C_____ du 31 juillet 2015, complété par celui du 1^{er} décembre 2015. Elle produit un nouveau rapport du Dr C_____ du 16 janvier 2016. Le diagnostic retenu par son psychiatre n'est pas mentionné dans l'expertise du Dr B_____, établie en 2012, et démontre la dégradation de son état de santé psychique, raison pour laquelle son médecin-traitant l'a adressée au psychiatre en septembre 2014, afin qu'elle bénéficie d'un suivi spécialisé. Elle conclut à ce qu'une comparution personnelle soit fixée et à l'audition des Drs C_____ et E_____.![endif]>![if> 16. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 30 mars 2016, la recourante a déclaré que malgré le changement de traitement antidépresseur, elle n'allait pas mieux. Elle n'avait jamais été hospitalisée pour son affection psychique, son médecin lui disait qu'il ne fallait pas rester enfermée et qu'elle devait absolument sortir le matin et l'après-midi, mais parfois elle n'y parvenait pas. Elle a expliqué qu'elle souffrait également du dos et qu'elle présentait une affection dermatologique des jambes. ![endif]>![if> L'intimé a déclaré que le Dr C_____ indiquait une incapacité de travail de 100 % depuis quatre ans, de sorte qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé. L'aggravation de l'état de santé n'a pas été rendue vraisemblable et le SMR a décidé qu'il n'avait pas lieu d'entrer en matière. Quant au rapport du Dr C_____ du 1^{er} décembre 2015, il est postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il ne doit pas être prise en compte. Selon le conseil de la recourante, l'affirmation du psychiatre selon laquelle la patiente est en incapacité de travail à 100 % depuis quatre ans est fondée sur le rapport du médecin traitant. 17. Sur quoi, 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 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté le 26 novembre 2015 auprès de l'intimé et transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence l'a été en temps utile et dans la forme requise (art. 89B LPA). Il est par conséquent recevable. 3. L'objet du litige porte uniquement sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière. 4. a. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412M ; 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. 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 108 consid. 2b p. 114). b. D'après la jurisprudence, 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), 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 p. 68, arrêts 9C_683/2013 du 2 avril 2014 consid. 3.3.1, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 5. En l'espèce, le médecin traitant de la recourante a saisi l'intimé et sollicité la réactivation du dossier de sa patiente, en indiquant que le traitement pharmacologique n'était guère efficace, qu'elle était suivie depuis plusieurs mois par un psychiatre et que le pronostic restait sombre. Elle gardait des traits dépressifs sévères et une insomnie importante. À teneur de ce courrier, force est de constater qu'une aggravation de l'état de santé n'est pas rendue plausible. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a invité la recourante, par courrier du 18 juin 2015, à produire dans un délai de 30 jours tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, notamment de fournir un rapport médical circonstancié. À teneur du rapport du Dr C_____, psychiatre, du 31 juillet 2015, la chambre de céans constate que, certes, son diagnostic (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) n'est pas le même que celui retenu par l'expert psychiatre dans son rapport du 31 janvier 2012, sur la base duquel l'intimé avait rendu sa décision. Lors de son examen, le Dr B_____ avait mis en évidence des éléments de dépression de l'humeur, dont la sévérité était toutefois insuffisante. Il avait relevé que la patiente consultait une psychologue une fois par mois, mais qu'elle n'avait aucun suivi psychiatrique. L'expert avait diagnostiqué une dysthymie, sans influence sur la capacité de travail. En l'occurrence, si le Dr C_____ parle effectivement d'une aggravation de l'état anxieux et dépressif, il ne donne aucune autre précision. Il ne décrit en particulier pas les symptômes et n'indique pas depuis quand ni dans quelle mesure ils se sont aggravés. Quant à l'évolution de l'état de santé, le psychiatre traitant se borne à relever qu'elle est marquée par une persistance des symptômes anxieux et dépressifs, malgré le traitement psychiatrique et psychothérapeutique depuis septembre 2014 et les changements de son traitement antidépresseur. Enfin, l'évaluation de la capacité de travail, à savoir une incapacité de travail totale depuis quatre ans mentionnée par le psychiatre, apparaît reposer sur les indications du médecin traitant, dans la mesure où le Dr C_____ suit la patiente depuis septembre 2014 seulement. En effet, le Dr E_____ évaluait déjà l'incapacité de travail de la recourante à 100 % depuis 2010, laquelle n'avait toutefois pas été retenue dans la précédente procédure. Dès lors que l'intimé a respecté la procédure en octroyant un délai à la recourante pour produire tous documents utiles, la chambre de céans doit statuer d'après l'état de fait existant au moment où l'intimé a statué (cf. supra, consid. 4b). Elle ne tiendra par conséquent pas compte du rapport établi le 1^{er} décembre 2015 par le psychiatre. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre, avec l'intimé, que le rapport du Dr C_____ du 31 juillet 2015 ne permet pas de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Partant, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de la recourante. En revanche, le rapport du 1^{er} décembre 2015 adressé par le Dr C_____ à l'intimé postérieurement à la décision querellée peut être assimilé à une nouvelle demande, sur laquelle il incombera à l'intimé de statuer. 6. Le recours, mal fondé, est rejeté dans le sens des considérants. 7. La présente procédure n'ayant pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, étant précisé au surplus que la recourante est au bénéfice de l'assistance juridique. 8. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.