RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1088/2021 **ATAS/1067/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 octobre 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____1964, a travaillé dans la restauration et comme barmaid dès 1987. Son contrat de travail a été résilié le 28 décembre 2009 par B_____ SA pour des raisons économiques avec effet au 31 janvier 2010.

b. L'assurée a formé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimée) le 17 février 2014 indiquant être en incapacité totale de travailler dès le 27 février 2012 en raison d'une maladie et d'un accident. Elle avait été agressée en 2002 sur son lieu de travail et avait subi des lésions corporelles graves à la tête. Elle était restée traumatisée et angoissée depuis lors. En novembre 2010, elle avait été choquée par la tentative de suicide de sa fille unique âgée de 14 ans. À la fin du mois d'août 2011, elle avait encore été victime d'une escroquerie et perdu son travail de gérante d'un café. Elle souffrait alors déjà de douleurs dans le dos et dans la hanche gauche. Les douleurs s'étaient exacerbées en automne 2011, surtout à la hanche et elle boitait. Depuis lors elle était déprimée et désespérée.

c. Selon un rapport établi le 17 mars 2014 par la doctoresse C_____, psychiatre FMH, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, avec syndrome somatique depuis l'automne 2012, d'un état de stress post-traumatique depuis 2002, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, décompensé depuis automne 2011 et de douleurs à la hanche gauche et au dos avec un handicap à la marche depuis 2011. Elle était totalement incapable de travailler comme barmaid depuis le 27 février 2012 et la Dresse C_____ ne voyait pas d'activité adaptée aux handicaps possible.

d. Selon un rapport établi par la Dresse C_____ le 6 octobre 2014, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2011. Son état de santé psychique s'était péjoré et elle totalement incapable de travailler dans toute activité.

e. Le 11 octobre 2014, le docteur D_____, rhumatologue FMH, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies secondaires à une spondylarthrite HLA-B27 positive, discopathies lombaires étagées avec arthrose facettaire postérieure symptomatique, tendinite chronique fessière gauche, trouble dépressif récurrent, syndrome douloureux chronique, surcharge pondérale et insuffisance veineuse chronique. L'assurée était totalement incapable de travailler comme sommelière depuis 2011. Sur le plan rhumatologique, il était difficile de faire la part des choses en raison du syndrome douloureux et de l'état dépressif qui amplifiait les douleurs. Mais il était indéniable qu'il existait des signes associés à la spondylarthrite avec des lombalgies inflammatoires, une raideur rachidienne diffuse améliorée par les AINS, la chaleur et l'hydrothérapie, associés à un syndrome inflammatoire objectif. Étant donné cette situation clinique, il avait pris la décision d'introduire un anti-tnf alpha. Il serait toutefois difficile de se prononcer avant de

nombreux mois sur le pronostic. Il n'y avait aucune possibilité de travail même dans une activité adaptée en raison des douleurs limitatives et du psychisme fragile.

f. Selon un rapport d'expertise établi par les docteurs E_____, rhumatologue FMH, et G_____, psychiatre FMH, du 8 mai 2015, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail avait débuté le 27 février 2012 et était totale. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de barmaid depuis le 28 mai 2014, en raison des troubles dégénératifs lombaires.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% dès mars 2014. Elle était inchangée sur le plan rhumatologique.

Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire. L'examen de la hanche droite ne justifiait pas de limitations fonctionnelles durables. Les experts ne pouvaient pas confirmer de coxarthrose et il n'y avait pas de péri-arthropathie floride. Globalement la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée en raison de l'affection psychiatrique.

g. Dans un avis du 4 août 2015, le SMR a estimé que le rapport des Drs E_____ et G_____ était convainquant.

B. Par projet de décision du 11 décembre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée dès le 1er août 2014 un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 44% et d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% depuis mars 2014.

C. a. Le 29 janvier 2016, l'assurée a formé opposition au projet de décision du 11 décembre 2015.

b. Elle a produit un rapport établi par la Dresse C_____ le 11 janvier 2016 qui faisait valoir qu'en plus du trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, elle maintenait les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique et de trouble de la personnalité borderline. L'état dépressif était actuellement sévère. L'assurée avait été hospitalisée à la clinique psychiatrique de Belle-Idée du 16 au 22 février 2015 et elle prenait maintenant de l'Abilify prescrit comme stabilisateur. Elle estimait que les troubles psychiatriques de l'assurée étaient invalidants à 100%.

c. Selon la lettre de sortie établie le 15 janvier 2016 par le service de psychiatrie générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), le diagnostic principal était un trouble récurrent sans précision. L'assurée avait fait l'objet d'une première hospitalisation en admission ordinaire par les urgences psychiatriques pour mise à l'abri en raison d'idées suicidaires. Rapidement dès son hospitalisation, grâce au cadre rassurant et contenant de l'unité, la patiente n'avait plus exprimé d'idées suicidaires mais une grande souffrance au vu de sa situation sociale assez précaire et du refus de l'assurance-invalidité de lui donner plus d'un quart de rente.

Elle avait bénéficié rapidement de la mise en place d'un programme libre pour permettre des congés à l'extérieur et voir sa fille, rentrée de Lyon pour les fêtes de fin d'année. Du point de vue médicamenteux, l'assurée avait bénéficié de l'introduction d'Abilify comme stabilisateur de l'humeur, ce qui avait permis une amélioration de son sommeil et une véritable mise à distance de ses idées noires. Au vu de la stabilisation de sa thymie et de l'absence de facteurs de risque pour sa santé, il avait été décidé que la patiente pouvait sortir de l'hôpital sachant qu'elle pouvait faire appel au CAPPI si un autre moment de crise se présentait et nécessitait une prise en charge plus intensive.

d. Selon un avis établi le 10 mars 2016 par le SMR, l'hospitalisation de l'assurée à Belle-Idée avait été rapidement favorable, de sorte qu'au niveau médico-théorique, cet élément ponctuel ne changeait pas la vision globale du SMR.

e. Par décision du 13 octobre 2016, l'OAI a maintenu son projet de décision.

f. Le 11 août 2020, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé. Elle allait très mal et était totalement incapable de travailler. Elle demandait la réouverture de son dossier AI et souhaitait recevoir une rente complète sur la base d'une incapacité de travail totale.

Elle a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse C_____ et précisé que les rapports de la doctoresse H_____, médecin généraliste, et du docteur I_____, spécialiste en rhumatologie, suivraient.

g. Selon le rapport précité établi le 13 juillet 2020, la Dresse C_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'intéressée s'était péjoré et qu'elle était à 100% incapable de travailler. Elle appuyait sa demande de réouverture du dossier afin que son état de santé soit réévalué. L'évolution de son état psychique était marquée par une péjoration progressive, avec une accentuation très nette en 2020. Elle avait été partiellement désaffairentée à cause du confinement. Son état de stress post-traumatique était toujours présent et elle avait développé une anxiété généralisée avec les symptômes suivants : période de plus de six mois caractérisée par la présence d'une tension, d'une inquiétude, et d'une appréhension marquée concernant des événements et des problèmes de la vie quotidienne ; palpitations, transpiration, sensation d'étranglement, gêne thoracique, vendre noué ; sensation de faiblesse, d'instabilité, et de tête vide ; tension musculaire et douleurs dans les membres, fébrilité et incapacité à se détendre, sensation d'être à bout, boule dans la gorge ; réaction exagérée à des événements imprévus, mêmes mineurs, difficultés de concentration, irritabilité persistante, difficultés d'endormissement en rapport avec l'inquiétude. Elle ne disposait pas de ressources psychologiques suffisantes pour élaborer ses troubles en psychothérapie. Les traitements psychotropes avaient peu d'effet sur sa pathologie psychiatrique complexe. Elle vivait au jour le jour, se sentait angoissée et malheureuse, gérant mal son quotidien, effrayée par les difficultés de son existence. Elle paraissait complètement déstabilisée, proche d'un syndrome d'abandon. La Dresse C_____ estimait que l'assurée était totalement

incapable de travailler au vu de son état psychique et qu'elle devrait se voir reconnaître le droit à une rente complète sur la base d'une incapacité de travail de 100% (échelle de dépression de Hamilton).

h. Le 9 septembre 2020, l'OAI a accusé réception de la demande de l'assurée et l'a informée qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 13 octobre 2016, date de sa dernière décision.

i. Selon un avis du SMR du 15 décembre 2020, le rapport établi par la Dresse C_____ le 13 juillet 2020 dressait un tableau en tous points similaire à celui qu'elle avait fait dans son courrier du 11 janvier 2016 et son rapport médical du 13 juillet 2014, en particulier la description des plaintes, du status et le traitement n'avait pas été renforcée. Par conséquent, on ne trouvait aucun élément médical objectif permettant de retenir une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée.

j. Par projet de décision du 4 janvier 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

k. Par décision du 16 février 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision considérant que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la dernière décision.

D. a. Le 17 mars 2021, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle effectuait en ce moment même plusieurs examens médicaux, notamment auprès des docteurs H_____, spécialiste FMH en médecine générale, I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, J_____, spécialiste FMH en cardiologie et K_____, son nouveau psychiatre. Elle souhaitait bénéficier de la réouverture de son dossier afin d'avoir la possibilité de fournir des éléments nouveaux une fois que les différents constats des médecins seraient effectués.

b. Par réponse du 21 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Lors du dépôt d'une nouvelle demande, il appartenait à l'assuré de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé. En l'espèce, la recourante avait introduit une nouvelle demande de prestations en août 2020 accompagnée du rapport de la Dresse C_____ du 17 juillet 2020. Selon l'avis du SMR, la psychiatre de l'assurée décrivait une situation fortement comparable à l'évaluation ayant servi de base à la décision précédente. Aucun autre document n'avait été versé au dossier malgré le rappel à l'assurée du fait qu'il lui appartenait de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé.

Au fond, la recourante ne contestait pas vraiment le bien-fondé de la décision attaquée, mais indiquait vouloir transmettre par la suite de nouvelles pièces médicales. L'assurée pourrait déposer une nouvelle demande de prestations accompagnée de pièces médicales pertinentes une fois que celle-ci seront à sa disposition.

c. Le 22 avril 2021, la recourante a informé l'OAI que sa santé s'était encore aggravée. Elle avait eu récemment des problèmes cardiaques et avait dû se faire poser des stents à la clinique des Grangettes. Elle avait dû voir un médecin pour les apnées du sommeil et elle utilisait un appareil pour ce problème qu'elle ne supportait pas très bien. Elle avait beaucoup de douleurs en raison de son rhumatisme. Sa dépression s'était encore aggravée suite à tout cela et à la situation actuelle avec le Covid-19. Elle demandait à l'OAI de prendre tout cela en considération et listait le nom de ses différents médecins.

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), 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière rendue par l'intimé.

4. a. 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 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 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). 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).

b. 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

c. 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). 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 1er 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 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. 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). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

d. 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 lors 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

5. En l'occurrence, il convient de constater que si la Dresse C_____ n'a pas changé son appréciation de la capacité de travail de la recourante depuis 2016, année de la dernière décision de l'intimé entrée en force, elle a indiqué le 13 juillet 2020, que l'évolution de l'état psychique était marquée par une péjoration progressive, avec une accentuation très nette en 2020, en lien notamment avec le confinement, et que la recourante avait développé une anxiété généralisée. Il s'agit là d'un fait nouveau, aucune anxiété ne ressortant de ses précédents rapports. Il convient encore de relever que l'état de santé psychique de la recourante a pu évoluer et se dégrader depuis la dernière décision du 13 octobre 2016, laquelle est relativement ancienne. Dans ces circonstances, il faut retenir que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force et il se justifie que l'intimé procède à un nouvel examen de son cas.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 16 février 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de la recourante.

7. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 16 février 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de la recourante.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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 - RS 173.110); 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 — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le