

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1320/2018

ATAS/766/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 septembre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, représenté par
APAS-association pour la permanence de défense des patients et
des assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 17 juin 2009, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour dépression.
2. Le 19 décembre 2012, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI ; il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F32.10) et anxiété généralisée (F41.1), présents depuis 2006 environ entraînant une incapacité de travail totale depuis le 13 octobre 2008, mais de 50 % dans une activité adaptée [activité sans pression psychique (stress) excessive, sans responsabilités étendues, n'impliquant pas des prises de décision importantes et ayant lieu, idéalement, dans un environnement bienveillant].
3. Le 17 mai 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait retrouvé un emploi le 18 février 2013 à 100 %.
4. Le 17 janvier 2014, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 3 %.
5. Le 13 février 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a confirmé une capacité de travail de 50 % de l'assuré depuis le 13 octobre 2008.
6. Par décisions du 1^{er} juillet 2014, l'OAI a alloué à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité de décembre 2009 à février 2013, fondé sur un degré d'invalidité de 61 % ; dès le 1^{er} février 2013, le degré d'invalidité était de 3 %.
7. L'assuré a été licencié pour le 31 mai 2017.
8. Le 23 novembre 2017, l'assuré a écrit à l'OAI en requérant une réactivation de son dossier suite à l'aggravation de son état de santé ; il a déposé le même jour une nouvelle demande de prestations mentionnant une dépression, de la fatigue et des problèmes de concentration depuis mai 2017, et un certificat du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 1^{er} novembre 2017, probablement jusqu'au 30 novembre 2017.
9. Le 28 novembre 2017, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante.
10. Le 10 décembre 2017, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI, parvenu à l'OAI le 15 décembre 2017, dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 30 mai 2017 en raison d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ; contraint à la mise au chômage dès le 30 mai, l'assuré avait présenté une décompensation anxieuse avec aggravation rapide de la thymie ; depuis lors il vivait replié chez lui avec la présence nécessaire de quelqu'un.

La thymie était triste et anxieuse, asthénie, anhédonie, importants troubles de l'attention et de la concentration, autodévalorisation, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, idées noires fluctuantes, échelle Hamilton de dépression de 24 le 5 décembre 2017.

Le pronostic était très réservé et dépendait des possibilités de réadaptation professionnelle.

Une activité adaptée pouvait être exigée à plein temps après mise en place d'un dispositif de coaching pour la réorientation professionnelle via l'AI.

11. Le 25 janvier 2018, le docteur D_____ du SMR a rendu un avis selon lequel, après analyse du dossier, il constatait qu'une capacité de travail de 100 % était présente et que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que dans l'expertise du Dr B_____ de 2012.
12. Par projet de décision du 30 janvier 2018 et décision du 8 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, en se référant à l'avis du SMR.
13. Le 9 mars 2018, le Dr C_____ a rendu un rapport à l'intention de l'OAI, parvenu à ce dernier le 15 mars 2018, attestant d'un épisode dépressif sévère en cours totalement incapacitant ; une activité adaptée était possible uniquement lors des périodes de rémission, ce qui n'était pas le cas actuellement ; une aide à la réadaptation professionnelle et/ou rente était urgente.
14. Le 23 avril 2018, l'assuré, représenté par l'APAS-association pour la permanence de défense des patients et des assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 mars 2018 en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction ; il avait rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé dès lors que le Dr C_____ avait attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome somatique, et que le Dr B_____ avait, en 2012, constaté un trouble dépressif récurrent actuel moyen, sans syndrome somatique ; au moment de la dernière décision, il était en phase de rémission d'un épisode dépressif, ce qui lui avait permis de trouver une activité professionnelle à 100 % ; son trouble dépressif s'était aggravé ainsi que ses limitations fonctionnelles et leur impact sur sa capacité de travail ; celle-ci était de 50 % en 2012, de 100 % en 2013 et nulle actuellement ; une activité adaptée n'était exigible qu'en cas de rémission de la maladie.
15. Le 16 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif qu'aucun document médical probant n'avait été produit à l'appui de la nouvelle demande du 23 novembre 2017, le rapport du Dr C_____ du 9 mars 2018 ne pouvant être pris en compte, vu son établissement postérieurement à la décision litigieuse.
16. Le 30 mai 2018, le recourant a répliqué en relevant que l'OAI ignorait à tort le rapport du Dr C_____ du 10 décembre 2017 attestant d'une aggravation de son

état de santé et que le rapport de ce dernier du 9 mars 2018, envoyé avant la réception de la décision de l'OAI du 8 mars 2018, devait être pris en compte.

17. Le 2 juillet 2018, l'OAI a dupliqué en relevant, que le SMR, sur la base du rapport du Dr C_____ du "15 décembre 2017" (sic) avait estimé que l'état de santé du recourant ne paraissait pas s'être aggravé au point que la capacité de travail en ait été affectée, et que le Dr C_____ indiquait qu'une activité adaptée pouvait être exercée à 100 %, après mise en place d'un dispositif de coaching.
18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 1er 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, 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).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. 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. 412, 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. 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. 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).

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 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_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

5. En l'occurrence, c'est à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

En effet, suite au courrier de l'OAI du 28 novembre 2017, impartissant au recourant un délai de trente jours pour fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probable, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI le 10 décembre 2017, lequel est parvenu à l'intimé le 15 décembre 2017, soit dans le délai imparti.

Ce rapport, précis et circonstancié, fait état d'une aggravation manifeste de l'état de santé psychique du recourant par rapport aux circonstances prévalant au jour de la dernière décision de l'intimé, le 1^{er} juillet 2014, puisqu'il atteste d'un trouble dépressif récurrent actuel sévère alors que celui-ci était de degré moyen au jour de l'expertise du Dr B_____, en décembre 2012, incapacitant à hauteur de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis octobre 2008 et que le recourant avait recouvré en février 2013 une capacité de travail totale, éléments médicaux retenus dans les décisions de l'intimé du 1^{er} juillet 2014.

En outre, le Dr C_____ a expliqué les circonstances de la décompensation anxieuse du recourant, avec l'aggravation rapide de la thymie ; il a mentionné ses constatations objectives, fait état des limitations du recourant et du traitement entrepris. Son rapport, cohérent et convaincant, aboutit à la conclusion que le recourant est totalement incapable de travailler depuis le 30 mai 2017.

L'avis du SMR du 25 janvier 2018, succinct et superficiel, retient à tort que le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 100 % présente actuellement chez le recourant et de limitations fonctionnelles similaires à celles retenues par le Dr B_____. En effet, si le Dr C_____ a mentionné une capacité de travail totale dans une activité adaptée, il a précisé qu'elle n'était envisageable qu'après mise en place d'un dispositif de "coaching pour la réorientation professionnelle", qu'une amélioration de la capacité de travail dépendrait des mesures de réadaptation mises en place et qu'actuellement la capacité du recourant de concentration, compréhension, d'adaptation et de résistance était très diminuée, que le recourant vivait replié chez lui, dans une dépression à caractère anaclitique, en ayant besoin d'être quotidiennement en présence de quelqu'un. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr B_____ avait relevé une diminution de l'énergie (degré moyen), aboulie partielle, diminution de la confiance en soi (modérée), vulnérabilité à la pression psychique (stress) entraînant un sentiment de débordement, c'est-à-dire une perturbation des processus de pensée. Or, le Dr C_____ a mentionné une thymie triste et anxieuse, asthénie, anhédonie, importants troubles de l'attention et de la concentration, autodévalorisation, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, idées noires fluctuantes, faiblesse généralisée, anxiété, attaques de panique et intolérance au stress.

Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C_____ sont ainsi plus importantes car certaines n'étaient pas constatées par le Dr B_____ (thymie triste, anxiété, anhédonie, troubles de l'attention et de la concentration, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, idées noires fluctuantes, attaques de panique), ou d'autres étaient plus intenses que celles mentionnées par le Dr B_____ (diminution de l'énergie de degré moyen versus faiblesse généralisée, asthénie ; diminution modérée de la confiance en soi versus autodévalorisation ; vulnérabilité à la pression psychique (stress) versus intolérance au stress, attaques de panique et anxiété).

Au demeurant, une lecture attentive du rapport du Dr C_____ du 10 décembre 2017 ne permet pas de conclure à la présence d'une capacité de travail totale du recourant depuis le 30 mai 2017.

Enfin, la question de la prise en compte ou non du rapport du Dr C_____ du 9 mars 2018 pour évaluer le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé litigieux, peut rester ouverte, la prise en compte du rapport de ce médecin du 10 décembre 2017 étant déjà suffisante pour considérer que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé psychique depuis le 1^{er} juillet 2014.

6. Partant, le recours sera admis.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

Représenté par un mandataire et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA).

**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 de l'intimé du 8 mars 2018 et renvoie la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du recourant du 23 novembre 2017.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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