

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1416/2017

ATAS/718/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 août 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à AÏRE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente ; Christine BULLIARD MANGILI et Christine STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par décision du 21 janvier 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a octroyé à Madame A_____, née le _____ 1964 et originaire du Maroc, une demi-rente d'invalidité et une rente complémentaire simple pour son enfant, né le _____ 1999, de septembre 2011 à février 2013, sur la base d'un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique du 9 octobre 2014 par le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) et une enquête économique sur le ménage réalisée le 15 décembre 2014. Ce faisant, il a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle de femme de chambre était nulle, mais qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Elle ne présentait par ailleurs pas d'empêchement dans la sphère du ménage, compte tenu de l'aide apportée par son fils et sa sœur. Aucune incapacité de travail n'a été retenue sur le plan psychique, dès lors que le SMR avait considéré que les diagnostics de dysthymie d'intensité légère, de trouble mixte de la personnalité avec des traits anxieux et histrioniques, non décompensé, et de trouble obsessionnel compulsif (TOC), en rémission partielle, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail.
2. Par demande reçue le 4 avril 2016, l'assurée a requis à nouveau des prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant à titre d'atteinte à la santé une dépression depuis 2011.
3. Par courrier du 17 mai 2016, l'OAI a invité l'assurée à lui faire parvenir, dans un délai de trente jours, un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation de son état de santé.
4. Selon la note téléphonique du 8 juin 2016 relative à un entretien entre l'OAI et la doctoresse B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, cette dernière a demandé un délai au 13 juillet pour faire parvenir les éléments permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé, délai qui a été accordé.
5. Le 27 juillet 2016, l'OAI a téléphoné à la Dresse B_____ à propos des éléments médicaux qu'elle aurait dû fournir concernant l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Dès lors que ce médecin était encore hospitalisé, elle a demandé un nouveau délai qui lui a été accordé jusqu'au 15 août 2016.
6. La Dresse B_____ n'ayant toujours pas répondu, l'OAI a fait parvenir à l'assurée le 9 décembre 2016 un projet de décision de refus d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était aggravé de manière essentielle depuis la dernière décision du 21 janvier 2016.
7. Par courrier du 13 janvier 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir que la Dresse B_____ avait contacté l'OAI pour lui expliquer qu'elle avait été empêchée d'envoyer son rapport pour des raisons de santé.

8. Selon la note téléphonique du 1^{er} février 2017, la Dresse B_____ a demandé à l'OAI un délai au 20 février 2017 pour l'envoi d'un rapport médical, délai qui lui a été accordé. Elle a précisé n'avoir pu compléter le rapport en raison d'une maladie.
9. Par décision du 9 mars 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que le médecin traitant ne lui avait jamais fait parvenir un rapport.
10. Par acte posté le 18 avril 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle a fait valoir qu'elle souffrait de troubles qui l'empêchaient de travailler et pour lesquels elle était suivie sur le plan médical par sa psychiatre depuis 2013. De l'avis de cette dernière, elle n'était pas apte à exercer une activité professionnelle. A l'appui de son recours, la recourante a joint le rapport du 12 avril 2017 de la Dresse B_____.
11. Dans ce rapport, ce médecin a attesté qu'elle suivait la recourante depuis le début de l'année 2013 et qu'elle lui avait été adressée par son médecin traitant. La recourante était connue et traitée pour un trouble dépressif récurrent. En dépit de différentes hospitalisations, il n'y avait pas eu d'amélioration notable. Le trouble dépressif récurrent s'inscrivait également dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique. Il était traité par des médicaments. Toutefois, la situation clinique s'était compliquée du fait que l'assurée présentait également une maladie de la glande thyroïdienne, pour laquelle elle recevait un traitement de substitution. Cette hypothyroïdie constituait une cause organique de la dépression. Au printemps 2016, la recourante avait présenté de graves troubles du rythme cardiaque sous forme de tachycardie ventriculaire, nécessitant un traitement électrophysiologique. De ce fait, elle avait dû renoncer au traitement antidépresseur, alors que celui-ci avait été très efficace pendant des mois. Actuellement, la recourante recevait un traitement antidépresseur à base de Fluoxetine et Valdoxan. Néanmoins, elle présentait toujours des conduites d'évitement, des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), une agoraphobie, une aboulie (au point d'avoir du mal à maintenir le minimum d'hygiène corporelle), une incapacité à s'intégrer dans un groupe et de faire les choses simples comme faire des courses au supermarché. Cela étant, elle était totalement incapable de travailler. Concernant la péjoration de l'état de santé, la psychiatre traitante a indiqué qu'une simple dépression évoluait naturellement vers une guérison spontanée, alors que l'état clinique de la recourante s'aggravait et qu'elle présentait une accentuation des symptômes dépressifs et déficitaires sur le plan cognitif et affectif, produisant un changement durable de la personnalité qui devenait dépendante. La psychiatre a émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de syndrome somatique, de TOC, de réaction à un facteur de stress important, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme du cœur et du système cardiovasculaire, d'une modification durable de la personnalité et d'une personnalité dépendante.
12. Dans sa réponse du 16 mai 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

13. Lors de son audition en date du 6 juillet 2017, la recourante a confirmé que son état de santé s'était aggravé au niveau psychique surtout.
14. A l'issue de l'audience, 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 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieux en l'occurrence la question de savoir si l'intimé a refusé à raison d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il convient en particulier de déterminer si celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 21 janvier 2016.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), 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).

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'espèce, la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans la procédure devant l'OAI. En effet, elle n'a joint à sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité aucun rapport médical l'attestant. Certes, la Dresse B_____ était empêchée pour des raisons de santé de répondre à une demande de renseignements de l'intimé. Toutefois, cela ne libérait pas la recourante de l'obligation de rendre plausible une péjoration de son état de santé.

Avec son recours, la recourante a enfin produit un rapport de ce médecin. Il n'en demeure pas moins que la chambre de céans 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, comme relevé ci-dessus. Or, force est de constater que le rapport de la Dresse B_____ a été versé à la procédure postérieurement à la décision du 9 mars 2017.

Partant, c'est à raison que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

6. Toutefois, compte tenu du fait que la production tardive du rapport médical par la Dresse B_____ n'est pas imputable à la recourante, il y a lieu de considérer que ce rapport constitue une nouvelle demande de révision et de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il examine s'il sied d'entrer en matière sur celle-ci sur la base de ce rapport.
7. Cela étant, le recours sera rejeté et la cause renvoyée à l'intimé pour examen de la nouvelle demande de révision.
8. Dès lors que la recourante est soutenue par l'Hospice général, la chambre de céans renonce à mettre à sa charge un émolument de procédure.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour examen de la nouvelle demande de révision sur la base du rapport du 12 avril 2017 de la Dresse B_____.
4. Renonce à mettre à la charge de la recourante un émolument de procédure.
5. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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