

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1671/2009

ATAS/1092/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 8 septembre 2009

En la cause

Madame M _____, domiciliée au GRAND-SACONNEX

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1967, Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a formé une demande de prestations, sous forme d'une orientation professionnelle et d'une rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 30 mars 2007.
2. Selon le rapport établi le 16 avril 2007 par le docteur A_____, spécialiste en psychiatrie, l'assurée présentait, depuis 2003, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]) et, depuis l'adolescence, des traits de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, ces deux diagnostics ayant des répercussions sur sa capacité de travail.

Mère de trois enfants, dont une fille, l'aînée, souffrait depuis la naissance d'une infirmité motrice cérébrale et résidait dans un foyer spécialisé, l'assurée n'exerçait aucune activité professionnelle et bénéficiait, sur le plan social et financier, de l'aide de l'Hospice général. Le psychiatre qui l'avait évaluée en mai 2004 avait retenu un diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère, apparu dans un contexte de stress lié au handicap de l'enfant. Bien qu'une amélioration importante de l'état clinique de l'assurée eût été constatée entre 2005 et 2006, la présence d'un conflit de couple majeur, l'incapacité à résoudre le deuil de sa sœur aînée décédée d'un cancer et la difficulté qu'elle avait eue à accepter le handicap de sa propre fille n'avaient fait qu'aggraver à nouveau sa symptomatologie dépressive avec, au premier plan, un manque total de motivation et d'élan vital, une tristesse quasi constante, des idées de mort et une anhédonie marquée. Ces symptômes avaient été associés à des problèmes d'insomnie, de troubles de la concentration et d'une perte importante de la libido, ce qui n'avait fait qu'aggraver sa relation avec son époux. Elle avait accepté un traitement de Cymbalta 30 mg par jour, mais refusé de prendre une dose potentiellement plus efficace (60 mg/j).

Bien que l'assurée fût relativement autonome dans la gestion de ses tâches et activités quotidiennes, elle avait du mal à s'occuper de ses enfants, qui étaient pris en charge par la crèche, dès lors qu'elle passait une bonne partie de son temps à ruminer le décès de sa sœur et le handicap de sa fille aînée. Elle avait en outre, du fait de son état clinique, de la difficulté à se motiver pour la recherche d'un emploi. La situation financière du ménage restait relativement précaire, même si l'époux de l'assurée, lui-même traité pour un trouble dépressif, avait récemment trouvé un emploi.

Au vu de la médication prescrite et du soutien psychothérapeutique dont l'assurée bénéficiait, le pronostic était moyen à bon dans l'ensemble.

3. Suite à l'avis rendu le 5 octobre 2007 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OCAI a requis une expertise du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), lequel a rendu son rapport le 29 février 2008.

De l'avis des auteurs du rapport, les docteurs B_____, psychiatre, et C_____, interniste, l'assurée présentait, comme ayant une répercussion sur sa capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité (histrionique, immature ; F61 selon la CIM-10) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Sans répercussion sur la capacité de travail, les praticiennes ont diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente (F10.20) et un goitre multi-nodulaire avec deux nodules dominants bénins.

Depuis 2003, l'expertisée avait dû faire face à des facteurs de stress qui avaient mis à mal les défenses de son organisation psychique, fondée au préalable sur des assises narcissiques fragiles (trouble de la personnalité). Dans une structure psychique organisée autour de défenses primitives (projection, déni, clivage, idéalisation) et possédant une capacité d'adaptation limitée, l'événement dramatique qu'avait été la découverte du grave handicap de sa première fille avait amené l'assurée à un état de détresse psychique compatible avec un trouble de l'adaptation qui s'exprimait par une réaction dépressive prolongée. Le décès de sa sœur, avec l'impossibilité d'en faire le deuil, avait encore contribué à entretenir une symptomatologie qui s'était partiellement amendée dans un premier temps.

L'expertisée montrait une dépendance excessive aux systèmes de santé et d'aide sociale, et elle avait à leur égard des attentes idéalisées et irréalistes. Le sentiment d'injustice qui la tenaillait l'amenait à être très exigeante envers autrui et elle avait beaucoup de peine à établir et à maintenir des relations personnelles confiantes. Sa passivité et son manque d'engagement et de motivation affectaient toutes les sphères de sa vie. Une humeur dysphorique et labile, à laquelle venaient s'ajouter des symptômes affectifs résiduels et fluctuants, caractérisaient aussi ses attitudes.

Dans ce contexte, le traitement devait viser non seulement l'amendement des troubles affectifs résiduels, mais demandait une réorganisation plus ample de la personnalité pour que l'expertisée pût redevenir sujet de son existence, responsable de ses choix de vie. Une situation qui appuierait et perpétuerait sa position de passivité et de maladie ne pourrait que nuire à son bien-être. C'est pourquoi la conquête d'un mieux-être pouvait passer par l'intégration à des activités valorisantes et responsabilisantes. Une intégration professionnelle adaptée poursuivrait de tels objectifs et le pronostic pourrait en être amélioré. D'autre part, les possibilités thérapeutiques (pharmacologique et psychothérapeutique) n'avaient pas encore été épuisées et, avec la collaboration de l'assurée, elles pouvaient être potentialisées (entretiens plus fréquents, aide à la mobilisation, éventuellement avec un suivi infirmier). En-

fin l'inexpérience professionnelle de l'expertisée, découlant de ses choix de vie de jeune femme, contribuait à sa difficulté à intégrer un milieu professionnel.

Partant, le pronostic pouvait être bon à moyen terme, moyennant une mobilisation progressive et un réinvestissement graduel de ses rôles familial et social.

S'agissant de l'influence des troubles précités sur la capacité de travail de l'assurée, les expertes ont constaté qu'il n'existait pas de limitations physiques. Les limitations psychiques et mentales existantes ne compromettaient pas non plus l'activité ménagère au domicile, même s'ils la rendaient discontinue et s'ils pouvaient la ralentir. La prise en charge des enfants et leur éducation étaient en revanche plus difficiles en raison du désinvestissement narcissique de son rôle maternel par l'assurée. En conclusion, le début de l'incapacité de travail, estimée à 50% dans une activité exercée en milieu professionnel rentable, pouvait être situé au cours de la période de *post-partum*, en 2002.

Enfin, des mesures d'insertion professionnelles étaient envisageables et souhaitables pour que la capacité de travail et les compétences de l'assurée pussent être évaluées directement et mobilisées. Une insertion progressive dans le milieu professionnel, commençant par un stage d'évaluation dans un travail adapté au niveau de formation (travail non qualifié correspondant à des activités ménagères) et se poursuivant par une exposition croissante au milieu professionnel, pouvait être tentée dans les prochains mois. Une activité lucrative adaptée aux limitations psychiques et mentales constatée ne devait pas, dans un premier temps, être exercée plus de quatre heures par jour, des temps de pause devant en outre être admis et, dès lors que l'expertisée ne s'était jamais astreinte à une telle activité, il fallait s'attendre à une diminution de rendement de 50%, ce rendement pouvant être amélioré par des mesures médicales et professionnelles.

4. Fort de ces résultats et d'un avis médical du SMR, l'OCAI a adressé, le 14 avril 2008, un projet de décision de refus de la demande à l'assurée, qu'il a confirmé par décision du 19 mai 2008.
5. Par formulaire enregistré à l'OCAI le 10 décembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sous forme d'une rente d'invalidité. Invitée par l'OCAI à fournir tout document permettant d'établir une aggravation de son état de santé, elle a produit uniquement des certificats rédigés par le docteur A_____, qui attestaient seulement d'une totale incapacité de travail, ininterrompue du 1^{er} décembre 2007 au 31 janvier 2009 notamment.
6. Dans un avis du 26 février 2009, le SMR a fait valoir que les certificats du docteur A_____, tous absolument identiques, n'étaient pas de nature à rendre plausible une quelconque aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2008.

7. Le 7 avril 2009, l'OCAI a, suite à l'opposition faite à son projet du 3 mars précédent, rendu une décision intitulée « refus de prestations », mais par laquelle il concluait à la non-entrée en matière sur la demande de prestations du 10 décembre 2008, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la décision du 19 mai précédent.
8. Par acte déposé au greffe du Tribunal de céans le 13 mai 2009, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir que, suite au handicap de sa fille aînée, elle souffrait depuis plus de cinq ans d'un trouble dépressif. L'enfant nécessitait une prise en charge spécifique pour tous les actes de la vie quotidienne et un accompagnement qualifié tant sur le plan pédagogique que sur le plan des soins.

D'autre part, elle était dans l'incapacité de résoudre le deuil de sa sœur aînée, décédée quatre ans plus tôt des suites d'une maladie orpheline rare, et de son frère, décédé par la suite, lequel était son seul soutien moral. Pour le surplus, elle souffrait d'insomnie, de nervosité, d'anxiété, de douleurs à la nuque et au dos, d'un conflit de couple, de fatigue, de tristesse et d'anhédonie.

9. Invité à répondre, l'OCAI a, par lettre du 5 juin 2009, conclu au rejet du recours. Outre le motif invoqué dans sa décision, l'intimé précise qu'à teneur de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, si la personne assurée ne fait pas valoir de motif de révision plausible, l'administration n'entre pas en matière et rend une décision de non-entrée en matière. Tel étant le cas de la recourante, qui ne développait aucun argument permettant de faire une appréciation différente du cas, la décision du 7 avril 2009 devait être confirmée.
10. Par lettre du 12 juin 2009, le Tribunal a invité la recourante à compléter son recours par la production d'un rapport médical complet de son médecin traitant ou de son médecin psychiatre, qui précise si et dans quelle mesure il y avait eu aggravation de son état de santé.
11. Par pli parvenu au greffe du Tribunal le 7 juillet 2009, la recourante a produit un rapport médical établi le 6 mai précédent par le docteur A_____.

De ce document, il ressort notamment que la recourante souffrait depuis déjà plus de cinq ans d'un trouble dépressif récurrent, apparu peu après le décès de sa sœur. Le handicap de sa fille aînée n'avait fait qu'aggraver la symptomatologie dépressive et anxieuse. Pour cette raison, elle avait initialement été suivie dans un cadre ambulatoire de mai 2004 à février 2007 au Service de psychiatrie adulte des HUG.

Malgré une amélioration importante de son état clinique entre 2005 et 2006, la présence d'un conflit de couple majeur, l'incapacité de la patiente à résoudre le deuil

de sa sœur aînée, décédée d'un cancer trois ans plus tôt environ, la difficulté qu'elle avait eue à accepter le handicap de sa propre fille ainsi que le récent décès d'un de ses frères pour des raisons inconnues n'avaient fait qu'aggraver à nouveau sa symptomatologie dépressive avec, au premier plan, un manque total de motivation et d'élan vital, une tristesse quasi constante et une anhédonie marquée. Ces symptômes avaient été associés à des problèmes d'insomnie, des troubles de la concentration et qu'une perte importante de la libido, ce qui n'avait certainement pas amélioré sa relation conjugale.

Un traitement de Cymbalta puis de Wellbutrin XR n'avait été que partiellement efficace. La recourante continuait à prendre du Seroquel 125 mg par jour au coucher, traitement qui avait légèrement réduit ses accès de colère et son irritabilité. Au cours des derniers mois, son état clinique restait caractérisé par un état anxio-dépressif compliquant plusieurs deuils. En raison de ses symptômes dépressifs (fatigue, fluctuations de l'humeur, tristesse, anhédonie, manque d'initiative, sentiments de vide, pessimisme, insomnie, diminution de la libido), la recourante avait du mal à gérer ses tâches à domicile et ne parvenait pas à organiser ses activités quotidiennes. Elle avait parfois du mal à s'occuper de ses enfants du fait qu'elle passait une bonne partie de son temps à ruminer le décès de ses frère et sœur.

En conclusion, la recourante n'était pas en mesure d'entreprendre une activité professionnelle en raison de son trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F33.11).

12. Interpellé par le Tribunal sur la question de savoir si la réalisation d'une enquête ménagère pouvait se justifier en l'état du dossier, l'intimé a soumis le rapport médical du docteur A_____ au SMR.

Selon le docteur D_____, du SMR, l'expertise du 29 février 2008, qui constatait que les troubles psychiques ne compromettaient pas l'activité ménagère au domicile, était récente. Au regard du fait que le docteur A_____ n'avait fourni qu'une appréciation différente d'un même état de fait, il n'y avait pas de raison de modifier les conclusions prises antérieurement.

Faisant sien l'avis du SMR, l'OCAI a déclaré considérer que la mise en œuvre d'une enquête ménagère ne paraissait pas justifiée.

13. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 19 août 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les formes prévues par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé au guichet du Tribunal de céans le 13 mai 2009, soit dans le délai de trente jours qui a commencé à courir le 20 avril précédent conformément à l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, formée par la recourante le 10 décembre 2008.
5. À teneur de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsque la rente 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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).

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 (ATF 109 V 114 consid. 2b).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'apprécia-

tion de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En l'espèce, les avis médicaux exprimés par les expertes, d'une part, et par le docteur A_____ d'autre part, font état de conclusions divergentes quant aux conséquences des troubles psychiques dont la recourante est affligée.

L'expertise conduite par les docteurs B_____ et C_____ le 29 février 2008 se fonde sur un examen clinique étendu, sur une anamnèse abondante, sur les plaintes exprimées par la recourante lors de la consultation et sur un status psychiatrique détaillé, de sorte que le diagnostic posé, qui retient un trouble mixte de la personnalité (F61) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), est cohérent et digne de foi. Il en va de même des conclusions que les expertes tirent de ces diagnostics, selon lesquelles la capacité de travail de la recourante est totale dans les activités ménagères qu'elle effectue ordinairement.

Pour sa part, le docteur A_____ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F33.11). En avril 2007, il exposait que ce trouble était apparu dans un contexte de stress lié au handicap de la fille aînée de sa patiente. Une amélioration importante de l'état clinique de la recourante avait été constatée entre 2005 et 2006, mais la présence d'un conflit de couple majeur, l'incapacité à résoudre le deuil de sa sœur aînée et la difficulté qu'elle avait eue à accepter le handicap de l'enfant n'avaient fait qu'aggraver à nouveau la symptomatologie dépressive avec, au premier plan, un manque total de motivation et d'élan vital, une tristesse quasi constante, des idées de mort et une anhédonie marquée. Ces symptômes avaient été associés à des problèmes d'insomnie, de troubles de la concentration et d'une perte importante de la libido. Dans le rapport qu'il a établi le 6 mai 2009, le docteur A_____ expose que le trouble diagnostiqué était apparu peu après le décès de la sœur de sa patiente et que le handicap de l'enfant n'avait fait qu'aggraver la symptomatologie dépressive et anxieuse. Malgré une amélioration importante de l'état clinique de la recourante entre 2005 et 2006, la présence d'un conflit de couple majeur, l'incapacité à résoudre le deuil de sa sœur aînée et le récent décès d'un de ses frères pour des raisons incon-

nues n'avaient fait qu'aggraver à nouveau la symptomatologie dépressive avec, au premier plan, un manque total de motivation et d'élan vital, une tristesse quasi constante et une anhédonie marquée. Ces symptômes avaient été associés à des problèmes d'insomnie, des troubles de la concentration et qu'une perte importante de la libido.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le docteur A_____ n'explique pas en quoi ses propres constatations devraient avoir pour conséquences l'incapacité totale de la recourante d'effectuer ses tâches ménagères, alors qu'il apparaît qu'elle bénéficie d'une aide importante relativement à la garde de ses plus jeunes enfants et aux soins requis par l'aînée. À cela s'ajoute que, parmi les rares éléments nouveaux, l'évolution du traitement prescrit semble avoir eu pour conséquence, de l'avis de ce praticien, une réduction des accès de colère et de l'irritabilité de sa patiente. Au demeurant, le docteur A_____ se borne à affirmer que celle-ci souffre depuis déjà plus de cinq ans d'un trouble dépressif récurrent, apparu tantôt peu après le décès de la sœur, tantôt suite à la naissance de l'enfant, deux ans plus tôt, et à relayer les plaintes recueillies.

Il s'impose en outre de relever qu'hormis ce qui concerne l'évolution du traitement qui vient d'être évoquée et le décès du frère de la recourante, le rapport médical du 6 mai 2009 ne se distingue pas essentiellement de celui du 16 avril 2007, le contenu de ces deux documents étant largement superposable. Force est donc de constater que, sur la base d'un état de fait identique à celui qui a été retenu par les expertes, le docteur A_____ ne fait que substituer une appréciation différente à la leur. Dans l'argumentaire de ce praticien, on ne parvient en outre pas à discerner, dans le bref laps de temps qui sépare la nouvelle demande de la décision rendue par l'intimé sept mois plus tôt, en quoi et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante se serait aggravé. Il découle de là que l'aggravation alléguée n'a pas été rendue plausible.

Partant, c'est à bon droit que l'OCAI a rendu une décision de non-entrée en matière sur la demande du 10 décembre 2008. Le recours devra par conséquent être rejeté.

6. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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