

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2393/2007

ATAS/146/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 6 février 2008

En la cause

Madame L. _____ , domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ROUVINET Serge

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L_____ ,mère d'un enfant né en 1983 qui vit encore chez ses parents, est ménagère.
2. Par demande de prestations de l'assurance-invalidité reçue le 28 octobre 2004, elle requiert une orientation professionnelle ou une rente.
3. Selon le rapport du 12 novembre 2004 du Dr A_____ , généraliste, l'assurée souffre d'un état dépressif chronique avec forte somatisation sous forme de migraines et lombalgies depuis novembre 2002. Depuis cette date, sa capacité de travail est réduite à 50 %. Celle-ci peut être améliorée par des mesures médicales. Ce médecin indique que « *Nous sommes en présence d'une femme sans profession, ménagère, qui traîne lamentablement sa vie de couple* ». Elle dit ne plus pouvoir assumer les travaux ménagers et doit se faire aider par son fils et son mari. Elle refuse une prise en charge psychiatrique. Sur le plan somatique, il n'y a aucun signe d'affection qui pourrait diminuer sa capacité de travail dans une activité lucrative ou en tant que ménagère. Sur le plan psychiatrique, il est difficile au médecin de se prononcer sur le rendement d'une femme de ménage. Le Dr A_____ préconise enfin la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
4. Le 23 novembre 2004, le Dr B_____ atteste que sa patiente présente les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : dépression sévère, côlon spastique, anxiété, insomnie et allergie au soleil. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail il mentionne : hypercholestérolémie, gonalgie, hystérectomie en 1999. L'assurée est incapable de travailler depuis environ huit ans et son état s'aggrave depuis environ une année. La capacité de travail ne pourrait pas être améliorée par des mesures médicales. Il indique par ailleurs qu'elle se sent mal, ne veut voir personne, s'enferme à clef dans sa chambre et ne veut pas consulter un psychiatre. Elle souffre également de douleurs digestives et de vertiges. Elle ne supporte plus son mari. Le traitement consiste en antidépresseurs et psychothérapie. Le pronostic est mauvais.
5. Selon l'expertise psychiatrique du 29 septembre 2006 du Dr C_____ , psychiatre, l'assurée ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique. Il n'y a notamment pas d'état pathologique du type dépressif et si un tel état a existé auparavant, il est suffisamment compensé par la médication. L'expertisée se trouve plutôt dans une situation de vie d'impasses qui conditionnent un manque de perspectives et une certaine résignation. L'assurée n'a pas non plus de troubles de concentration et n'est pas particulièrement anxieuse ou inhibée vis-à-vis de l'expert. Celui-ci n'observe par ailleurs aucun signe neurovégétatif particulier. Il situe sa structure de personnalité dans le registre de passivité et de dépendance, sans notion de pathologie clinique. Dans l'anamnèse, l'expert relève que la relation de couple de l'expertisée a périclité depuis plus de dix ans, éventuellement en lien avec un

désaccord sur les questions d'éducation du fils du couple. Au cours de son éloignement, il y a de plus en plus de disputes et finalement aucun accord sur quoi que ce soit. Le couple fait chambre à part depuis plus de dix ans et la vie commune se réduit à une pure cohabitation. L'expertisée change alors complètement d'attitude et de comportement dans ce processus et s'est désinvestie progressivement de toutes les tâches du ménage, ce qu'elle attribue à l'attitude dénigrante et disqualifiante de son mari. Ainsi, ce dernier s'occupe aujourd'hui des commissions et des repas, ainsi que du ménage. Elle ne fait plus rien, reste à la maison, regarde beaucoup la télévision et attend que le temps passe. Questionnée sur les raisons pour lesquelles le couple ne se sépare pas, l'expertisée indique qu'elle est obligée d'accepter ces conditions, n'ayant aucune chance de vivre en dehors de son mari, dès lors qu'elle dépend financièrement de lui.

6. Par projet de décision du 6 novembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée que sa demande est rejetée.
7. Le 14 novembre 2006, le Dr B_____ atteste que l'assurée est incapable de travailler à 100 % pour des raisons médicales, dès lors qu'elle souffre d'une dépression sévère qui ne répond pas aux traitements conventionnels. N'ayant jamais travaillé de sa vie, il lui est tout à fait impossible de reprendre une activité dans notre système social.
8. Le 15 novembre 2006, l'assurée conteste le projet de décision de l'OCAI.
9. Par décision du 9 janvier 2007, l'OCAI notifie par pli simple à l'assurée une décision de refus de rente d'invalidité, sur la base de l'expertise du Dr C_____ .
10. Le 13 février 2007, le Dr B_____ adresse à l'OCAI une attestation médicale du 21 novembre 2006 du Dr A_____ et un rapport du 26 janvier 2007 du Dr . D_____ , psychiatre, avec une lettre d'accompagnement qui est rédigée en ces termes :

« Veuillez bien vouloir trouver ci-joint un complément d'information concernant la patiente mentionnée ci-dessus. »

11. L'attestation médicale du Dr A_____ précitée a la teneur suivante :

« Depuis le dernier rapport pour l'AI de novembre 2004, l'état de santé de Mme L_____ s'est sensiblement aggravé.

L'état dépressif s'est accentué et les troubles somatoformes sont devenus plus intenses et plus tenaces.

Face à cette péjoration, nous avons dû faire appel à un psychiatre, le Dr. D _____ , qui la prend en charge sur une longue durée.

Dans ces conditions, il est évident que la capacité de travail de la patiente est nulle et qu'elle le restera pour une très longue période. »

12. Le Dr D _____ déclare dans le rapport précité que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'un trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan et d'une personnalité anxieuse. L'état dépressif résiste aux essais d'autres antidépresseurs. La patiente semble dépourvue des savoir-faire sociaux qui pourraient la faire sortir de son isolement, héritage d'une vie perturbée. Elle a des rares idées suicidaires, sans plan pour passer à l'acte. Elle s'exprime clairement, mais avec une grande parcimonie et révèle ainsi une forte rigidité de fonctionnement. Elle présente également quelques troubles obsessionnels compulsifs qui l'obligent à vérifier jusqu'à une heure avancée de la nuit si toutes les portes sont bien fermées. Dans les plaintes de la patiente, le psychiatre mentionne ce qui suit (p. 1 du rapport):

"aboulie complète, angoisse continue et trouble du sommeil avec cauchemars récurrents, troubles de la mémoire et de la concentration qui l'empêchent de lire. Fatigue permanente. Idées suicidaires occasionnelles. Elle ne se sent aucune force pour envisager d'améliorer sa situation et a perdu tout espoir."

Les propositions du psychiatre pour une thérapie de couple ont été refusées de part et d'autre. Le Dr D _____ traite la patiente depuis le 11 novembre 2005. Le pronostic est très réservé au vu des troubles de longue date qui semblent étroitement entretenus par ses problèmes conjugaux.

13. Selon l'avis médical du Dr E _____ , généraliste au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), le rapport du Dr D _____ n'apporte pas d'élément supplémentaire à ceux fournis par les médecins généralistes de l'assurée et ne constitue qu'une interprétation différente des faits et observations relatés dans le rapport d'expertise du Dr C _____ . Ainsi, le Dr E _____ est d'avis que le rapport du Dr D _____ n'est pas probant et ne remet pas en cause les conclusions concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assurée.
14. Par projet de décision du 10 avril 2007, l'OCAI informe l'assurée qu'elle n'entre pas en matière sur sa demande de révision. Ce faisant, l'OCAI considère que l'assurée a déposé une demande de révision par l'intermédiaire du Dr B _____ en février 2007.
15. Le 8 mai 2007, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil.

16. Par décision du 15 mai 2007, l'OCAI confirme qu'elle n'entre pas en matière sur la demande de révision.
17. Par acte du 19 juin 2007, l'assurée recourt contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. Elle allègue qu'elle prend des antidépresseurs depuis plusieurs années, mais que ceux-ci n'ont plus les effets escomptés, de sorte qu'elle se trouve depuis plusieurs mois dans une phase sévère de dépression. Elle estime d'ailleurs qu'elle a rendu plausible l'aggravation de son état de santé par le rapport médical du Dr D_____. Cette aggravation est notamment due à l'inefficacité des antidépresseurs. L'intimé ne saurait en outre se fonder sur l'avis d'un médecin généraliste, à savoir le Dr E_____, pour refuser d'entrer en matière sur la demande de révision. Subsidiairement, la recourante demande la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.
18. Dans son préavis du 23 juillet 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il dénie une pleine valeur probante aux rapports du 21 novembre 2006 du Dr A_____ et du 21 janvier 2007 du Dr D_____, mais la reconnaît à l'expertise du Dr C_____. Ainsi, il estime que les opinions contraires des Dr B_____, A_____ et D_____ ne sont pas de nature à mettre en doute l'expertise et les appréciations du médecin du SMR.
19. En date du 19 décembre 2007, la recourante est entendue par le Tribunal de céans. Elle déclare ne plus se rappeler quand elle a reçu la décision du 9 janvier 2007 de l'OCAI.
20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence doit dès lors être admise.
2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours contre la décision du 15 mai 2007 est en principe recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Se pose également la question de savoir si la lettre du 13 février 2007 du Dr B_____ doit être interprétée comme un recours contre la décision du 9

janvier 2007 et non pas comme une demande de révision et, dans l'affirmative, si ce recours est recevable.

a) Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, lequel doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision (art. 60 al. 1 LPGA). La procédure doit être simple et rapide (art. 61 let. a LPGA) et l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, aux termes de l'art. 61 let. b LPGA. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le Tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Ces exigences sont reprises par l'art. 89 al. 1 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985. En vertu de l'al. 2 de cette disposition, la décision attaquée et les pièces invoquées doivent également être jointes au recours. L'al. 3 de cette disposition prescrit que, si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à la loi, le Tribunal cantonal des assurances sociales impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter, en indiquant qu'en cas d'inobservation, la demande ou le recours sera écarté.

La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références).

b) En l'occurrence, il ne peut être exclu que la lettre du Dr B_____ du 13 février 2007 ait été envoyée avant l'expiration du délai de recours de 30 jours suivant la date de réception de la décision du 9 janvier 2007. En effet, cette date ne peut être déterminée. Or, comme relevé ci-dessus, la preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe en principe à l'administration et celle-ci supporte ainsi les conséquences de l'absence de preuve. La recourante ne se rappelant plus quand elle a reçu la décision en cause, il y a par conséquent lieu d'admettre que le courrier du Dr B_____ respecte le délai de recours.

Cependant, il ne ressort pas de son courrier que sa patiente désire recourir contre la décision du 9 janvier 2007, aucune référence n'y étant faite. Les Drs D_____ et A_____ ne mentionnent pas non plus cette décision dans leurs rapports. Par conséquent, même si les médecins traitants n'étaient manifestement pas d'accord avec l'appréciation de l'état de santé de la recourante par l'intimé et par conséquent le refus de prestations, il ne peut être supposé que le Dr B_____ a éventuellement agi en tant que mandataire de sa patiente pour contester la décision

la concernant. Sa missive ne saurait dès lors être interprétée comme un acte de recours.

Cela étant, il y a lieu de constater que la décision du 9 janvier 2007 est entrée en force et qu'elle ne peut être mise en cause que par la voie de la révision.

4. a) En vertu de l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 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 114 consid. 2b). Avec l'entrée en force de la quatrième révision en date du 1^{er} janvier 2004, les dispositions légales relatives à la révision et au dépôt d'une nouvelle demande, après un refus de prestations, n'ont pas subi de modification. Aussi, la jurisprudence rendue antérieurement reste-t-elle valable (ATF 133 V 263 ss consid. 4.2 non publié).
 - b) En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par la production des rapports médicaux des Drs D_____ et A_____. Par conséquent, le pouvoir d'examen du Tribunal de céans se limite à la question de savoir si c'est à raison que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision de la recourante, pour autant que le courrier du 13 février 2007 du Dr B_____ doit être interprété comme une telle demande au nom de sa patiente.
5. Est dès lors litigieux en l'espèce le point de savoir si la recourante a rendu vraisemblable qu'elle présente une modification de son état de santé, par rapport à son état à la date du 7 janvier 2007, qui peut influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
 6. La procédure de révision, après un refus de prestation, ne constitue pas une procédure au sens de l'art. 17 LPGA et 88a RAI. Ces dispositions supposent en effet que l'assuré est déjà au bénéfice d'une rente d'invalidité. Par conséquent, le début de la rente d'invalidité, après un refus de rente, est à examiner sur la base de l'art. 29 al. 1 LAI et non pas de l'art. 88 a RAI qui prescrit à l'al. 2 qu'une

aggravation accroît le cas échéant le droit aux prestations, dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable (cf. ATF 109 V 107 s consid. 1 b).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

Il résulte de ce qui précède qu'une aggravation d'un état de santé, après un refus de prestations, ne peut influencer le droit à la rente que si elle a engendré une invalidité de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable.

7. A l'évidence, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, une aggravation de l'état de santé pourrait tout au plus être prise en considération après que la recourante ait été examinée par le Dr C _____, soit après le 29 septembre 2006, dans la mesure où les prestations ont été refusées sur la base du rapport de cet expert, par décision du 9 janvier 2007 entrée en force. Partant, à la date de la décision litigieuse du 15 mai 2007, la recourante ne pouvait pas présenter une invalidité d'une année au moins lui ouvrant le droit aux prestations.

Il convient ainsi de constater que c'est à raison que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision, sans qu'il soit nécessaire de déterminer si les atteintes à la santé se sont effectivement péjorées..

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
9. La recourante, qui succombe, sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

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

Statuant

A 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 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); 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

Claire CHAVANNES

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