RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2451/2022 **ATAS/793/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 octobre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1970, d'origine guinéenne, est arrivée en Suisse en 1993. En 2000, elle a acquis la nationalité suisse.

b. L'assurée a été mariée avec Monsieur B _____, du 20 mars 1993 au 4 novembre 2016. De leur union sont nées quatre filles : C_____ en _____ 1995, D_____ en _____ 1998, E_____ en _____ 2004 et F_____ en _____ 2009.

c. L'assurée est incapable de travailler depuis le 18 février 2019.

B. **a.** Le 23 mars 2021, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations en raison de « problèmes cardiaques et psychologiques ».

b. Dans un rapport destiné à l'OAI, daté du 11 mai 2021, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics d'insuffisance cardiaque sur cardiopathie valvulaire mitrale depuis 2006, avec remplacement valvulaire par prothèse mécanique le 15 octobre 2020, et d'état anxio-dépressif chronique depuis 2019. La capacité de travail était tout au plus de 4h par jour, dans des tâches simples, sans aucun effort physique. Chanteuse de profession, l'assurée n'arrivait plus à chanter en raison de l'effort trop important. L'assurée souffrait de dyspnées d'effort à la charge. Il lui était, en outre, difficile de faire des courses importantes et de les porter. Enfin, elle n'arrivait pas non plus à faire son ménage d'une traite et devait le répartir sur plusieurs jours.

c. Pour sa part, la docteure G_____, spécialiste FMH en cardiologie, a évoqué, dans un rapport du 16 juin 2021, également destiné à l'OAI, une opération de double remplacement valvulaire mécanique, suite à laquelle l'assurée était limitée dans le port de charges et dans les mouvements du thorax. Elle était en outre sous Sintrom à vie, ce qui avait pour conséquence un risque hémorragique, qui contrindiquait une activité à risque prévisible de chute ou de coupure grave. Du point de vue cardiologique, la capacité de travail était entière, et ce avec effet immédiat.

d. Les rapports médicaux précités ont été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), lequel a considéré, dans un avis du 23 avril 2022, que le diagnostic principal était celui d'insuffisance mitrale sur rhumatisme articulaire aigu (RAA), traité par valvuloplastie mitrale le 15 octobre 2020, sans complication, le diagnostic associé étant celui de trouble de l'humeur. La capacité de travail était nulle dès le 18 février 2019 et, dès fin décembre 2020, de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, sédentaire, en milieu tempéré, principalement en position assise,

permettant l'alternance de positions au gré de l'assurée, sans manipulations de charges lourdes de plus de 5kg à répétition, sans risque de traumatisme, activité à répartir harmonieusement sur 5 jours ouvrables.

e. Par projet de décision du 2 mai 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle, dès le 1er décembre 2020.

f. Lors d'un entretien téléphonique du 9 juin 2022, une des filles de l'assurée a sollicité de l'OAI une prolongation du délai pour faire valoir des observations suite au projet de décision du 2 mai 2022, l'assurée devant se soumettre à des examens médicaux. L'OAI l'a informée que le délai ne pouvait être prolongé et que d'éventuelles nouvelles pièces médicales devaient être transmises jusqu'au 13 juin 2022. Cela étant, l'assurée conservait la possibilité de faire recours contre la décision ou de déposer une nouvelle demande de prestations à l'issue des examens médicaux prévus.

g. Par décision du 20 juin 2022, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 2 mai 2022, et a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

C. **a.** Par courrier non signé du 26 juillet 2022, l'assurée, agissant en personne, a interjeté recours contre la décision du 20 juin 2022 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), expliquant qu'elle allait faire « suivre l'argumentaire ultérieurement ».

b. Le 29 juillet 2022, la chambre de céans a informé la recourante qu'elle devait signer son recours dans un délai expirant le 22 août 2022 et transmettre la décision querellée dans le même délai.

c. Le 2 août 2022, la chambre de céans a encore invité la recourante à exposer les motifs de son recours dans le délai précité, faute de quoi celui-ci serait écarté.

d. Le 22 août 2022, la recourante a déposé, au greffe de la chambre de céans, un nouvel exemplaire de son recours du 26 juillet 2022 signé, avec en annexe un bref rapport du Dr H_____ daté du 16 août 2022, dont il ressortait, d'une part, que son état psychique s'était péjoré depuis quelques mois et, d'autre part, que son incapacité de travail était de 100% pour tous travaux.

e. Le même jour, la chambre de céans a prolongé au 1er septembre 2022 le délai pour motiver le recours.

f. Le 19 octobre 2022, la chambre de céans a imparti à la recourante un nouveau délai au 31 octobre 2022 toujours pour motiver le recours.

g. Un ultime délai au 15 décembre 2022 lui a été accordé pour ce faire.

h. Par courrier du 30 novembre 2022, Madame I_____, assistante sociale auprès de l'Hospice général (ci-après : l'hospice), a expliqué que la recourante était aidée financièrement depuis mai 2013, suite à sa séparation. À cette époque, elle travaillait comme professeure de danse dans l'école que le couple avait créée.

Suite à cette séparation, la garde des enfants du couple avait été attribuée au père, ce dont la recourante avait souffert. La perte de son emploi et le fait de ne pas avoir retrouvé d'autres occupations l'avait énormément fragilisée. S'y ajoutaient de grosses difficultés de gestion de l'administratif et des finances. L'hospice avait, par conséquent, pris le relai et payait mensuellement le loyer, gérait les frais médicaux et ponctuellement différentes factures et s'occupait de presque tout l'administratif. Actuellement, la recourante était suivie au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) des Eaux-Vives en raison de ses difficultés psychiques. C'était dans ce sens qu'il fallait prendre en considération le recours du 26 juillet 2022 et il convenait de laisser plus de temps à la recourante pour produire les différents rapports médicaux attestant des difficultés de santé qu'elle rencontrait.

i. Dans sa réponse du 10 janvier 2023, l'OAI a relevé que la partie recourante n'exposait pas clairement les motifs de son recours et les conclusions. De plus, aucun état de fait susceptible de remettre en cause la décision attaquée ne figurait dans le recours. En tous les cas, aucun document médical n'avait été transmis. Aussi, l'OAI concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

j. Par courrier du 13 janvier 2023, adressé à la recourante, avec pour adresse l'hospice, la chambre de céans lui a imparti un délai au 13 février 2023 pour faire parvenir sa réplique ainsi que les divers rapports médicaux annoncés dans son courrier du 30 novembre 2022.

k. Le 27 février 2023, ce délai a été prolongé au 15 mars 2023.

l. En l'absence de détermination de la recourante dans le délai prolongé, les parties ont été informées, par courrier du 24 mars 2023, que la cause était gardée à juger en l'état du dossier.

m. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA *a contrario*).

3.

3.1 À teneur de l'art. 61 let. b LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes : (...) l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; 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.

L'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) prévoit que la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant : a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise ; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués ; c) des conclusions (al. 1). Si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à ces règles, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu'en cas d'inobservation la demande ou le recours est écarté (al. 2).

Ces exigences formelles doivent permettre à la juridiction cantonale de comprendre, au regard du recours (et le cas échéant de son complément) (ATAS/163/2015 du 3 mars 2015) :

- les faits pertinents de la cause, dont - lorsqu'est invoquée une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 61 al. 1 let. b LPA) - quels faits sont prétendument inexacts ou incomplets, et en quoi ils sont inexacts ou incomplets et en plus pertinents pour la solution du litige ;
- les griefs que le recourant émet à l'encontre de la décision attaquée, à savoir en quoi la décision attaquée est prétendument contraire au droit, consacre un excès ou un abus du pouvoir d'appréciation (art. 61 al. 1 let. a LPA), ou/et repose sur des faits établis de façon inexacte ou incomplète (art. 61 al. 1 let. b LPA) ;
- ce que le recourant demande de la juridiction saisie.

Ces exigences sont peu élevées. Elles ont pour but de permettre à la juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre (ATA/216/2013 du 9 avril 2013 consid.4 ; ATA/1/2007 du 9 janvier 2007 ; ATA/632/2005 du 27 septembre 2005 ; ATA/251/2004 du 23 mars 2004). Elles

ne doivent pas être réduites à rien, comme si elles n'étaient en définitive pas posées. S'il lui faut éviter tout formalisme excessif et toute rigueur inutile, la juridiction saisie n'a pas pour autant à se muer en avocate du recourant et, en suppléant aux carences de ce dernier, à devoir imaginer les faits pertinents susceptibles d'avoir été mal établis ou/et interprétés par l'autorité intimée, deviner les éventuelles contrariétés au droit que recèlerait la décision attaquée, et dire à la place du recourant ce que celui-ci devait requérir d'elle (ATAS/163/2015 du 3 mars 2015).

3.2 Conformément au principe de l'interdiction du formalisme excessif en matière de droit des assurances sociales, le juge saisi d'un recours ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. À cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé, mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours ; demeure réservé l'abus de droit (ATF 143 V 249 consid. 6.2 ; ATF 134 V 162 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_805/2012 du 12 mars 2013 consid. 7 ; 9C_248/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1 ; voir également Ueli KIESER, *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts* (ATSG), *in* : *Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht* [SBVR], *Soziale Sicherheit*, 2ème éd., n. 193 p. 299).

L'art. 61 let. b LPGA, qui prévoit l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours, vise avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2017 du 31 août 2018 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016).

Selon le Tribunal fédéral, les conditions de l'octroi d'un délai supplémentaire en vertu de l'art. 61 let. b LPGA notamment ne sont en principe pas réalisées lorsque la partie est représentée par un avocat ou un mandataire professionnel, sauf si ce dernier ne disposait plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable de recours pour motiver ou compléter la motivation insuffisante d'une écriture initiale, typiquement parce qu'il a été mandaté tardivement (ATF 134 V 162 consid. 5.1 ; arrêts 8C_817/2017 du 31 août 2018 consid. 4 ; 9C_191/2016 du 18 mai 2016 consid. 4.2.1 ; *cf.* ég. ATF 142 V 152 consid. 2.3 et 4.5).

4. En l'espèce, par décision du 20 juin 2022, l'office intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. Cette dernière a déposé un recours, non signé, le

26 juillet 2022. Le 22 août 2022, elle a adressé à la chambre de céans un nouvel exemplaire du recours du 26 juillet 2022, signé, libellé en ces termes :

> « Par la présente, je fais recours à la décision du 20 juin 2022 et je vous ferai suivre l'argumentaire ultérieurement ».

Même si, dans l'interprétation des conditions formelles de recevabilité, les juridictions administratives en général et la chambre de céans en particulier se montrent peu exigeantes (ATA/568/2013 du 28 août 2013 consid. 3 et jurisprudence citée), force est de constater que l'acte de recours déposé par la recourante se limite à une simple déclaration de recours contre la décision considérée, ne contenant en particulier ni motivation, ni exposé, fût-ce succinct, des faits et des motifs invoqués, ni conclusions.

De toute évidence, les conditions de recevabilité prévues par l'art. 61 let. b LPGA font défaut.

C'est pourquoi la chambre de céans a fixé à la recourante un délai au 22 août 2022 pour motiver le recours, avec la précision qu'en l'absence de motivation, ledit recours serait écarté. Ce délai a été prolongé, par courriers recommandés des 22 août 2022 et 19 octobre 2022, respectivement au 1er septembre 2022 et au 31 octobre 2022. Les deux recommandés, adressés à la recourante, à son adresse personnelle, ont été distribués au guichet en date respectivement, des 27 août, et 25 octobre 2022. La recourante les a par conséquent reçus, mais elle n'a pas réagi dans les délais fixés puis prolongés.

Une troisième prolongation de délai, au 15 décembre 2022, a été adressée, toujours en recommandé, à l'adresse de l'hospice. Cet envoi a été distribué le 18 novembre 2022.

Par courrier du 30 novembre 2022, l'assistante sociale a expliqué à la chambre de céans la situation, principalement administrative, de la recourante, et a sollicité une prolongation de délai pour transmettre des rapports médicaux censés attester des difficultés de santé rencontrés par la recourante.

C'est le lieu de relever, à ce stade, que le courrier de l'hospice du 30 novembre 2022 ne saurait être considéré comme un complément régularisant le recours du 26 juillet 2022. En effet, aucune pièce au dossier ne permet de considérer que la recourante était représentée par l'hospice, la procuration transmise ne permettant à cet organisme que d'obtenir des informations relatives au dossier administratif ouvert auprès de la chambre de céans ou de l'OAI et non de représenter la recourante dans des procédures judiciaires ou administratives. En particulier, aucun pouvoir de représentation ni élection de domicile n'y est mentionné. Au demeurant et en tout état, ledit courrier ne permet toujours pas de comprendre la situation, notamment médicale, et en quoi la décision de l'OAI est contestée.

Malgré cela, la chambre de céans a imparti à la recourante, à l'adresse de son assistante sociale, un délai au 13 février 2023 pour produire les différents rapports

médicaux annoncés par l'assistante sociale. En l'absence de nouvelles, ce délai a une nouvelle fois été prolongé au 15 mars 2023.

À ce jour, malgré les nombreux délais et prolongations impartis, la recourante n'a jamais motivé son recours. On ne sait rien de sa situation personnelle et médicale, ni en quoi elle conteste la décision de l'OAI.

5. Dans de telles circonstances, la chambre de céans n'a d'autre choix que de déclarer le recours du 26 juillet 2022 irrecevable, faute de répondre aux conditions de motivation prévues par l'art. 61 let. b LPGA.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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