RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3594/2021 **ATAS/404/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mai 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Le 3 décembre 2013, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a demandé les prestations de l'assurance-invalidité.

b. Par décision du 22 juin 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a estimé que sa capacité de travail était entière dans toute activité entrant en ligne de compte depuis septembre 2012. En conséquence, l'assurée ne présentait pas d'invalidité et les conditions du droit à des mesures professionnelles ou à une rente n'étaient pas remplies.

c. Le 4 juillet 2016, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

d. Le 26 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 4 juillet 2016, considérant que l'assurée n'avait pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer son droit aux prestations.

e. L'assurée a formé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 4 mai 2018.

f. Par décision du 28 août 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande pour les mêmes motifs que ceux retenus dans sa dernière décision.

g. L'assurée a encore demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 19 avril 2021.

h. Par décision du 13 juillet 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière toujours pour les mêmes motifs.

B. **a.** Le 15 octobre 2021, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de l'OAI. Elle demandait la réévaluation de son dossier. Étant en arrêt maladie, elle ne possédait pas tous les moyens physiques et psychiques pour se défendre, sans parler des moyens financiers. Elle demandait un délai supplémentaire pour la présentation de ses arguments ainsi qu'une contre-expertise et en appelait à la compréhension de l'OAI pour une personne diminuée qui demandait un peu de justice.

b. Le 18 octobre 2021, l'OAI a transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le recours de l'assurée ainsi qu'une copie de sa décision de non-entrée en matière du 13 juillet 2021 qui lui était revenue en retour avec la mention « non retiré » dans le délai fixé au 21 juillet 2021, précisant que cette décision avait été renvoyée en courrier B à l'assurée.

c. Lors d'une audience du 23 février 2022, la recourante a indiqué qu'elle avait reçu une décision de l'OAI dans sa boîte aux lettres. Elle ne se souvenait pas avoir reçu un avis de la Poste pour aller chercher un recommandé. Elle se souvenait avoir fait une demande à l'assurance-invalidité en avril mais pas quand elle avait

reçu la réponse. Sa fille l'avait aidée à rédiger son courrier du 15 octobre 2021. Elle avait dû prendre du retard après avoir reçu la décision de l'OAI. Elle ne savait pas pourquoi. Elle devait toujours demander de l'aide, car elle ne pouvait pas faire les démarches seule. Elle n'avait pas réagi tout de suite et avait attendu d'aller chez sa fille qui habitait à Chêne-Bourg. Celle-ci était très occupée avec ses enfants et son mari. Elle parlait bien français. L'assurée avait compris qu'il fallait réagir vite aux courriers officiels, ce qu'elle faisait maintenant. Elle était en contact téléphonique régulier avec sa fille, mais avait dû oublier de lui parler du courrier de l'OAI. C'était sa fille qui lui posait des questions sur les courriers qu'elle avait pu recevoir. L'assurée habitait seule et ses trois enfants vivaient à Genève. Elle pensait que son état de santé expliquait le fait qu'elle n'avait pas réagi tout de suite à réception de la décision de l'OAI. En effet, elle n'était pas bien et ne regardait pas ses courriers. Elle avait des douleurs et pas le moral. Elle était suivie par deux psychiatres.

Le fils de la recourante a déclaré que sa mère prenait des antidépresseurs et qu'il lui était difficile de gérer ses affaires administratives, car elle ne parlait pas bien français et qu'elle n'était pas en bonne santé. Il avait dû l'amener entre dix et quinze fois aux urgences en 2021. Il l'avait déjà fait deux ou trois fois en 2022. Elle pleurait, avait mal et peur. L'année précédente, elle était restée une semaine à l'hôpital. Elle angoissait et stressait. Au bout d'un moment cela allait mieux grâce aux calmants peut-être. Il n'y avait pas eu de démarches pour instaurer une curatelle pour sa mère.

La représentante de l'intimé a indiqué que la recourante avait déjà demandé plusieurs fois les prestations de l'assurance-invalidité sans toutefois produire de rapports médicaux, raison pour laquelle l'intimé n'était pas entré en matière sur ses demandes.

d. Sur demande de la chambre de céans, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a indiqué, le 9 mars 2022, que l'assurée avait un suivi psychiatrique régulier auprès de son cabinet depuis 2013 avec un psychologue et deux psychiatres qui se remplaçaient. Depuis le début de son suivi, elle avait présenté plusieurs épisodes dépressifs suivis par des rémissions totales, à la suite d'une prise en charge psychiatrique et d'un traitement antidépresseur. Depuis janvier 2021, elle avait présenté un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique, ayant évolué depuis décembre 2021 vers un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques. Les diagnostics susmentionnés avaient un impact sur sa capacité de travail qui avait été évaluée selon la jurisprudence de novembre 2017 à 50% de janvier à novembre 2021 et à 0% depuis décembre 2021 jusqu'à présent. Actuellement, malgré une prise en charge psychiatrique intensive et un traitement antidépresseur, il constatait une persistance des symptômes dépressifs avec des limitations fonctionnelles significatives (fatigue, tristesse, anhédonie, insomnies, prise de poids, troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur, pleurs, angoisses, faible estime de

soi, idées noires passives, attitude morose pour l'avenir avec isolement social total). Dans ce contexte, elle avait besoin de l'aide de sa famille pour les courses, le ménage et l'administratif qu'elle n'arrivait pas du tout à gérer, la seule activité possible étant de préparer parfois à manger et de débarrasser la table. Une demande de curatelle n'avait pas été faite pour l'assurée, car elle était bien prise en charge par sa famille. Une réouverture du dossier de l'assurance-invalidité pour l'assurée semblait indiquée avec la précision que sa situation n'était pas stabilisée et qu'elle était à réévaluer dans six mois avec un pronostic incertain.

e. Le 11 avril 2022, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet. Les pièces médicales produites avaient été soumises au SMR pour appréciation. Il ressortait de l'avis de celui-ci du 24 mars 2022 que l'absence de réaction de l'assurée aux courriers de l'OAI n'était pas due à un motif psychiatrique mais à un problème de connaissances linguistiques, qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. Le recours de l'assurée était tardif.

Il n'existait pas de motif médical justifiant que la recourante n'ait pas recouru dans les délais. Elle était en outre très bien entourée par sa famille, l'Hospice général et les intervenants médicaux, comme sa psychologue qui avait déposé la dernière demande de prestations. En tout état de cause, aucune demande motivée de restitution n'avait été déposée. La restitution du délai de recours ne se justifiait donc pas et partant le recours devait être déclaré irrecevable, car tardif.

Si par impossible la chambre de céans concluait à la recevabilité du recours, l'intimé concluait au rejet du recours, les éléments apportés par la recourante ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas.

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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Il s'agit en l'occurrence d'examiner la recevabilité du recours.

3.1 L'art. 61 LPGA prévoit que la procédure devant la chambre des assurances sociales est réglée par le droit cantonal, sous réserve de ce que celui-ci respecte les exigences minimales requises par la LPGA. Les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie au délai de recours (art. 60 al. 2 LPGA). Les dispositions de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10)

sont applicables devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en tant qu'il n'y est pas dérogé par le Titre IVA de la LPA (art. 89A LPA).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 38 al. 1, 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 phr. 1 et 63 al. 1 let. a LPA).

La décision qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution (art. 38 al. 2bis LPGA et 62 al. 4 LPA).

Il n'y a pas de formalisme excessif à considérer que la fiction de la notification à l'échéance du délai de garde de sept jours est également applicable lorsque La Poste, de sa propre initiative, accorde un délai de retrait plus long et que l'envoi n'est retiré que le dernier jour de ce délai ou lorsque cette prolongation procède d'une inadvertance d'un employé (ATF 127 I 34 consid. 2b). En effet, des accords particuliers avec La Poste ne permettent pas de repousser l'échéance de la notification, réputée intervenue à l'échéance du délai de sept jours (ATF 127 I 31 consid. 2a/aa; arrêt du Tribunal fédéral 6B_239/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.5).

Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA). Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit (art. 39 al. 1 LPGA et 17 al. 4 LPA). Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (art. 39 al. 2 LPGA et 17 al. 5 LPA).

Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA et art. 89C LPA).

Lorsque l'événement qui fait courir le délai survient pendant la durée de la suspension, le délai commence à courir le premier jour qui suit la fin de la suspension. Pour calculer l'échéance du délai, on détermine d'abord la fin du délai en partant du jour de la communication, puis on ajoute le nombre de jours de suspension écoulés (ATF 131 V 314 consid. 4.6).

Le délai légal ne peut être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA et 16 al. 1 LPA). En effet, la sécurité du droit exige que certains actes ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps : un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181).

Il incombe à la partie recourante de prouver qu'elle a agi en temps utile. La vraisemblance prépondérante ne suffit pas pour établir cette preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C_686/2016 du 23 décembre 2016).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b p. 6). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) 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 129 I 8 consid. 2.2 p. 10; 124 V 400 consid. 2a p. 402 et les références).

3.2 Une restitution de délai de recours peut être accordée, de manière exceptionnelle, si le requérant a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé (art. 41 LPGA) et pour autant qu'une demande de restitution motivée, indiquant la nature de l'empêchement, soit présentée dans les trente jours à compter de celui où il a cessé.

Entrent en ligne de compte non seulement l'impossibilité objective ou la force majeure, mais aussi l'impossibilité due à des circonstances personnelles ou à une erreur excusable. Ces circonstances doivent être appréciées objectivement en ce sens qu'est non fautive toute circonstance qui aurait empêché un intéressé, respectivement son représentant, consciencieux d'agir dans le délai fixé (arrêts 5A_149/2013 du 10 juin 2013 consid. 5.1.1 et les références citées; 5A_896/2012 du 10 janvier 2013 consid. 3.2; 5A_30/2010 du 23 mars 2010 consid. 4.1 et les références citées).

La maladie peut être considérée comme un empêchement non fautif et, par conséquent, permettre une restitution d'un délai de recours, si elle met la partie recourante ou son représentant légal objectivement ou subjectivement dans l'impossibilité d'agir par soi-même ou de charger une tierce personne d'agir en son nom dans le délai (ATF 119 II 86 consid. 2 p. 87, 112 V 255; arrêt 8C_767/2008 du 12 janvier 2009, consid. 5.3.1).

Dans un arrêt 8C_538/2017 du 30 novembre 2017, s'agissant d'une personne ayant fait valoir que depuis un accident, elle n'arrivait plus à gérer son quotidien, qu'elle avait du mal à gérer seule ses affaires, qu'elle souffrait de multiples troubles depuis et que les personnes qui l'assistaient habituellement n'avaient pas pu lui prêter leur concours pour contester une décision, car elles étaient absentes, le Tribunal fédéral a considéré que les rapports médicaux présents au dossier – dont aucun ne fait état d'une incapacité de discernement – ne décrivaient pas des troubles qui, par leur gravité, étaient susceptibles d'empêcher cette personne de contester la décision pendant toute la durée du délai d'opposition de 30 jours. De

plus, la personne en cause avait été en mesure, durant ce même délai, de requérir par téléphone la transmission de ses trois dernières fiches de salaire. On pouvait donc admettre qu'elle était capable de procéder à des actes de gestion administrative sans être empêchée par son état de santé déficient (cf. arrêt 5A_896/2012 du 10 janvier 2013 consid. 3.4). De plus, après avoir pris connaissance de la décision litigieuse, elle s'était rendue dans les locaux de l'assurance afin de s'y opposer. Cette circonstance tendait à démontrer qu'elle était capable de saisir la portée d'une telle décision, qu'elle avait compris la nécessité de s'y opposer et était consciente qu'elle devait agir dans un délai de 30 jours. Son état de santé ne l'empêchait pas de recourir à temps aux services d'un tiers.

4.

4.1 En l'espèce, la décision rendue le 13 juillet 2021 par l'OAI a été envoyée le jour même. Le délai pour la retirer s'est terminé le 21 juillet, date à laquelle le pli est réputé avoir été notifié. Le délai de recours commençait donc à courir dès le 22 juillet 2021. En tenant compte de la suspension du 15 juillet au 15 août 2021, le délai de recours s'est terminé le 14 septembre 2021. Envoyé le 15 octobre 2021 par la recourante, le recours est tardif.

4.2 Reste à déterminer si le délai de recours peut être restitué en raison de l'état de de santé de la recourante. Il ressort du rapport du Dr C_____ du 9 mars 2022 qu'en juillet, août et septembre 2021, l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique avec un impact de 50% sur la capacité de travail. Il en résulte qu'elle était en état de réagir aux courriers qu'elle recevait et qu'elle pouvait, à tout le moins, se faire aider par ses enfants ou une autre personne, telle que son assistante sociale de l'Hospice général, voire son médecin, pour recourir. Il en résulte que son absence de réaction n'est pas due à un état psychique justifiant une restitution du délai de recours.

4.3 En conséquence, le recours doit être déclaré irrecevable.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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