RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4126/2021 **ATAS/625/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** En février 2006, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1966, originaire d'Espagne, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

b. Interrogé, son dernier employeur, le B_____, a indiqué que l'assurée avait été licenciée en octobre 2005 pour "faute comportementale".

c. Ont été recueillis lors de l'instruction :

- un bref rapport daté du 28 août 2006, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale, posant les diagnostics de dépression chronique et somatisation et concluant à une incapacité de travail totale depuis le 1er novembre 2005 ;
- un rapport rédigé le 29 août 2006 par Monsieur D_____, psychologue, concluant à une "personnalité traumatisée", disant avoir constaté objectivement une émotivité, une passivité, une perte de confiance, une anxiété et des insomnies, indiquant que des examens spécialisés n'étaient pas nécessaires et préconisant à titre de thérapie une prise en charge par son centre de psychologie clinique ;
- un avis émis le 13 février 2007, par la doctoresse E_____, du service médical régional AI (SMR), constatant d'une part, que si la Dresse C_____ avait posé les diagnostic de dépression chronique et somatisation, les renseignements fournis étaient insuffisants pour évaluer les limitations fonctionnelles et leur incidence sur sa capacité de travail, d'autre part, qu'aucun psychiatre ne s'était prononcé, raison pour laquelle une expertise psychiatrique devait être mise sur pied.

d. Par courrier du 15 juin 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale.

e. L'expert désigné a pris contact avec l'assurée en date du 21 juin 2007 et lui a fixé quatre rendez-vous en lui demandant de prendre contact avec son secrétariat si les dates proposées ne lui convenaient pas.

f. L'assurée ne s'est pas présentée aux deux premiers rendez-vous, sans s'excuser.

g. Par courrier du 2 août 2007, l'OAI en a pris acte et a enjoint à l'assurée de se présenter au rendez-vous suivant, fixé le 20 août 2007, en lui rappelant que si elle refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer, il pourrait se prononcer en l'état du dossier; elle devrait alors s'attendre à ce que sa demande soit rejetée.

h. Par décision du 24 septembre 2007, l'OAI - statuant en l'état du dossier après avoir constaté que l'assurée ne s'était pas présentée à l'expert comme elle en avait été priée - a rejeté la demande de prestations.

B. **a.** Saisi d'un recours de l'assurée qui alléguait que, si elle n'avait pu se rendre chez l'expert, c'était d'une part, parce qu'elle avait la phobie du train, d'autre part, parce qu'elle avait été très affectée par le décès récent de sa grand-mère, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a entendu l'assurée et Monsieur D_____. Ce dernier a indiqué que, l'assurée souffrait de troubles de la personnalité à traits de dépendance, de dépression chronique avec symptômes psychotiques, d'état confusionnel et de traits phobiques assez sérieux. Il n'a en revanche guère motivé ces diagnostics, de sorte que le Tribunal a confié au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, le soin de procéder à une expertise.

b. Dans son rapport du 5 février 2009, établi sur la base du dossier de l'OAI, de trois entretiens avec l'assurée et d'entretiens téléphoniques avec le psychologue, le médecin traitant et l'assistante sociale de l'intéressée, l'expert a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3), justifié par la labilité des émotions, un sentiment proche de la persécution, la difficulté à supporter un cadre et l'intolérance aux frustrations observés chez l'assurée.

Le tableau clinique n'évoquait pas de phobie, mais plutôt des crises d'angoisse survenant dans des situations nouvelles ou inhabituelles.

L'expert a relevé l'absence de trouble psychotique.

Il a estimé que les diagnostics psychiatriques retenus par le psychologue et le médecin traitant manquaient de précision.

Il a expliqué ne pouvoir retenir le diagnostic de retard mental, puisque l'expertisée avait réussi son apprentissage et travaillé comme secrétaire de direction, ce qu'un retard mental ne lui aurait pas permis.

Quant à l'aspect dépendant de la personnalité évoqué par le psychologue, il faisait partie du trouble de la personnalité émotionnellement labile, mais n'était pas suffisant pour expliquer le manque de collaboration de l'intéressée.

c. Par arrêt du 14 mai 2009 (ATAS/606/2009) le Tribunal, constatant que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif était insuffisant pour expliquer le manque de collaboration de l'assurée et, a fortiori, pour justifier une diminution de sa capacité de travail, a considéré qu'il n'avait pas été établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle serait atteinte de troubles psychiques invalidants. C'était dès lors à juste titre que l'OAI avait considéré que l'assurée avait fait preuve d'un défaut de collaboration et rejeté sa demande de prestations sur la base du dossier.

C. **a.** Le 1er décembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations invoquant une dépression et des angoisses importantes présentes depuis 2007, des problèmes à l'épaule droite depuis juillet 2019 et des douleurs dorsales.

À l'appui de sa demande, elle a produit un rapport rédigé le 28 décembre 2020 par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, expliquant qu'il la suivait depuis le 26 août 2020, qu'il avait constaté l'existence de signes de stress post-traumatique en lien avec une agression sexuelle subie treize ans plus tôt, se faisant le relais des limitations fonctionnelles décrites par sa patiente (repli social, retrait complet et durable de la vie professionnelle, symptômes anxieux [constipation, par exemple]), indiquant qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative du tableau clinique depuis la première consultation en août 2020, qu'au contraire, la patiente avait pu diminuer ses évitements comportementaux pour adhérer au suivi psychothérapeutique recommandé alors qu'elle consultait avant tout pour appuyer une nouvelle demande d'indemnisation auprès de l'assurance-invalidité, qu'en l'absence de suivi psychiatrique antérieur ou de dossier médical à disposition, il n'avait pas d'éléments objectifs pour décrire l'évolution depuis la demande d'invalidité déposée dix ans plus tôt, que cependant, « la patiente décri[vai]t une aggravation depuis cinq ans, sous la forme de douleurs permanentes apparues dans le milieu du dos sans traumatisme physique nouveau et qu'elle met[tait] en lien avec le traumatisme psychique de l'agression, dont la violence physique lui avait déjà laissé il y a treize ans des douleurs lombaires intermittentes suggérant des reviviscences intrusives de type dissociatif, sur le déclencheur de la position assise ». Le médecin terminait en suggérant une nouvelle expertise afin de documenter l'évolution de l'état de l'assurée depuis sa dernière demande auprès de l'assurance-invalidité.

b. Le SMR a noté que le tableau dressé par le Dr G_____ était similaire à celui précédemment évoqué, que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait déjà été évoqué lors de la précédente demande, que l'aggravation alléguée consistait en plaintes douloureuses subjectives et que le Dr G_____ admettait qu'il lui était impossible de se prononcer sur l'évolution de l'état psychique de l'assurée depuis la décision initiale. Le SMR en a conclu qu'il n'y avait pas d'éléments rendant plausible une éventuelle aggravation de l'état psychique de l'assurée, le Dr G_____ signalant même, une amélioration depuis le début de sa prise en charge.

c. Dans un rapport de suivi du 29 juillet 2021, le Dr G_____ a évoqué une « détresse émotionnelle en lien avec un traumatisme subi quatorze ans plus tôt », Il a indiqué qu'un traitement de type EMDR (Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing, soit, en français : "désensibilisation et retraitement [de l'information] par les mouvements oculaires") avait été interrompu après sept séances. Le traitement antidépresseur avait également été interrompu après une semaine, en raison de vertiges. Les limitations fonctionnelles exprimées consistaient dans l'évitement des environnements où il y avait des hommes. Le

médecin préconisant certains antidépresseurs de première ligne « dans l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique ».

d. Dans un courrier du 20 août 2021, le docteur H_____, spécialiste en médecine générale, a expliqué suivre l'assurée pour un état dépressif chronique en lien avec un traumatisme lié à une agression sexuelle en 2007, évènement depuis lequel sa patiente était dans un processus permanent d'évitement social. Selon le médecin, la situation était plus invalidante durant les années qui avaient suivi son agression, ce qui expliquait l'absence de l'assurée aux rendez-vous qui lui avaient été fixés par l'expert, en août 2007. Le médecin préconisait de reconsidérer la situation "pour répondre à la détresse d'une femme ayant subi une agression sexuelle à une époque où la société ne prenait pas en compte ce type de détresse".

e. Le 3 septembre 2021, le SMR a noté que le Dr H_____, loin de décrire une aggravation, décrivait bien au contraire une amélioration de l'état de l'assurée depuis l'époque à laquelle remontait la décision initiale.

f. Par décision du 1er novembre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

D. **a.** Par écriture du 3 décembre 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que son dossier soit renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction, subsidiairement à ce que soit mise sur pied une expertise médicale.

La recourante soutient que le rapport du Dr G_____ confirme l'aggravation de son état et s'étonne dès lors du refus d'entrer en matière de l'intimé.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 janvier 2022 a conclu au rejet du recours.

c. Les autres faits seront repris - 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.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée.

7. Lorsque la rente d'invalidité 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 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 114 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - 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 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).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

8. En l'espèce, il convient d'examiner si, au moment de la décision litigieuse, soit le 1er novembre 2021, la recourante avait rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation prévalant en septembre 2007.

Tel n'est manifestement pas le cas, puisque l'intimé ne disposait alors que d'un rapport du Dr G_____ indiquant clairement qu'il ne pouvait se prononcer sur l'évolution de l'état de sa patiente dans le temps. Certes, ce médecin évoque une aggravation, mais, ce faisant, il se contente de se faire le relais des dires de sa patiente. Le médecin se contente d'évoquer des signes de stress post-traumatique, déjà évoqués par le psychologue D_____ en 2006, sans retenir formellement ce diagnostic ni un autre.

Quant au rapport du Dr H_____, il évoque un état dépressif chronique - diagnostic non confirmé par le psychiatre traitant – et fait état, non d'une aggravation, mais, au contraire, d'une amélioration de l'état de l'assurée par rapport à 2007.

C'est le lieu de rappeler que, dans ce type de procédure selon l'art. 87 al. 3 RAI, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, mais à l'assuré de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64). La demande de mise sur pied d'une expertise est donc dénuée de pertinence à ce stade de la procédure, dès lors qu'une aggravation plausible n'a pas été mise en évidence par les documents versés au dossier par la recourante.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
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 - 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
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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