

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1745/2019

ATAS/805/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 septembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, originaire de Bolivie, titulaire d'une autorisation d'établissement C, divorcée, aide-soignante jusqu'en 2010, a déposé le 7 avril 2015 une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant une fracture à la cheville et de l'arthrose au genou gauche.
2. Un rapport des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) du 7 octobre 2014, suite à un stage de huit semaines, a conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assurée dans le marché primaire de l'emploi en raison de difficultés physiques (au membre inférieur gauche) et psychologiques ainsi que de limitations d'apprentissage.
3. Le 2 avril 2015, le docteur B_____, FMH médecine générale, a attesté de diagnostics de gonarthrose invalidante gauche depuis 2013, de fracture de la cheville gauche depuis le 21 avril 2008 et d'état dépressif depuis 2013 ; en raison de problèmes familiaux et de santé, l'assurée se sentait déprimée et amoindrie.
4. Le 26 août 2015, Monsieur C_____, psychologue-thérapeute FSP, a attesté suivre l'assurée à raison d'une séance chaque trois semaines depuis le 28 novembre 2014.
5. Le 23 mars 2016, le Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'atteinte psychiatrique de l'assurée n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (pas de traitement psychotrope, ni de suivi psychiatrique ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique) et que, compte tenu de l'atteinte somatique, l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité mais était capable d'assumer une activité adaptée à 100 % (pas de position debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position à genoux / accroupi, pas de montée des escaliers / escabeaux / échelles, pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de travaux impliquant de manœuvrer des pédales, privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions et peu de déplacements).
6. Par décision du 9 janvier 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation, en constatant que le degré d'invalidité de la recourante était de 15 %.
7. Le 26 avril 2017, la doctoresse D_____, FMH psychiatre - psychothérapeute, a rempli un rapport médical AI attestant d'une symptomatologie anxio-dépressive importante depuis 2008 ; l'assurée présentait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2010 (F32.2), anxiété généralisée depuis 2010 (F41.1), état de stress post-traumatique depuis 2010 (F43.1).

Elle suivait l'assurée depuis le 11 janvier 2017 et lui avait prescrit un traitement de Sertalin, Zoldorm et Lexatamil ; l'assurée ne pouvait pas travailler en raison de ses problèmes physique et psychique (grande labilité émotionnelle, elle est très anxieuse, irritable et peu de résistance au stress, affaiblissement des capacités cognitives [concentration et mémoire], fatigue).
8. Le 2 mai 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

9. Le 19 juillet 2017, le SMR a relevé que, dans le cadre de la demande actuelle, l'assurée amenait des éléments pour une aggravation sur le plan psychiatrique. La Dresse D_____ attestait d'un épisode dépressif sans symptômes psychotiques depuis 2010, une anxiété généralisée depuis 2010, et un état de stress post-traumatique depuis 2010. La psychiatre qui suivait l'assurée depuis le 11 janvier 2017 évoquait que les préoccupations sociales, économiques et professionnelles jouaient un rôle important dans la détresse psychique de l'assurée. Le traitement actuel était de Sertraline 50 mg/j, Zoldorm 10 mg/j, et Lexotanil 1.5 mg /j vers 19 h. La Dresse D_____ rapportait les limitations fonctionnelles suivantes : labilité émotionnelle, anxiété, irritabilité, diminution de la résistance au stress, affaiblissement des capacités cognitives avec trouble de la concentration et de la mémoire et une fatigue. La Dresse D_____ attestait une capacité de travail nulle dans toute activité en raison des atteintes psychiques. Au vu de ce qui précédait, la psychiatre de l'assurée ne décrivait pas de modification de l'état de santé intervenu depuis janvier 2017. Les atteintes évoquées étaient présentes depuis 2010 et étaient stables depuis lors. L'aggravation n'était donc pas rendue plausible.
10. Par projet de décision du 7 août 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestation.
11. Le 31 août 2017, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé se dégradait ; elle avait débuté en janvier 2017 un suivi psychothérapeutique hebdomadaire chez Madame E_____ et mensuel chez la Dresse D_____, avec prise d'un traitement médicamenteux ; sa psychiatre envisageait une hospitalisation à la Clinique de Montana ; elle avait des idées suicidaires depuis plusieurs mois.
12. Le 13 septembre 2017, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.
13. Le 4 octobre 2017, la Dresse D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était tellement détérioré qu'elle avait été hospitalisée à la Clinique de Montana du 10 au 28 septembre 2017.
14. Le 28 septembre 2017, la Clinique de Montana a attesté d'un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.
15. Le 8 janvier 2018, la lettre de sortie de la Clinique de Montana a attesté d'une péjoration de l'état dépressif, avec diminution de la thymie, depuis janvier 2017. A l'entrée dans la clinique, on pouvait objectiver une inappétence avec perte de poids, une anhédonie et des idées noires avec absence d'idée suicidaire et sans symptôme psychotique. Le soutien médico-infirmier régulier, celui de la psychologue, l'écoute active avaient contribué à diminuer ses angoisses et à améliorer sa thymie. Le travail avec la psychologue avait été axé sur des petits objectifs qui la mettaient face à la réussite. En fin de séjour, elle se montrait très satisfaite car le séjour lui avait permis de prendre conscience des choses positives qu'elle avait dans la vie. Elle repartait avec l'envie de continuer les activités après son retour à domicile. Elle

se disait satisfaite, elle se sentait ressourcée, le travail allait être continué après la sortie avec son psychologue avec lequel elle avait déjà pris rendez-vous.

16. Le 7 mars 2018, le SMR a rendu un avis selon lequel la lettre de sortie du 8 janvier 2018 suite au séjour du 18 septembre 2017 au 28 septembre 2017 à la Clinique de Montana avait permis de montrer une nette amélioration de la thymie de l'assurée puisque celle-ci n'était plus anhédonique, qu'elle se sentait ressourcée et qu'elle avait pris conscience des choses positives qu'elle avait dans la vie. Par ailleurs, les douleurs chroniques étaient stables et peu sévères puisque seul du Dafalgan était prescrit en réserve. Au vu de ce qui précédait, l'assurée avait présenté une aggravation temporaire de la thymie de janvier 2017 à fin septembre 2017 (incapacité de travail inférieure à une année, donc non durable). L'aggravation n'était pas rendue plausible de manière notable et durable.
 17. Par décision du 9 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestation de la recourante.
 18. Le 3 mai 2018, la recourante, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, puis a retiré son recours le 4 juin 2018, en constatant qu'il était tardif.
 19. Par arrêt du 11 juin 2018 la chambre de céans a rayé la cause du rôle.
 20. Le 13 novembre 2018, la recourante a requis de l'OAI la réouverture de son dossier en joignant un rapport du 11 novembre 2018 de la Dresse D_____.
- Selon celui-ci, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré malgré le traitement ; elle était toujours très anxieuse et très déprimée, son état de santé s'était péjoré, cristallisé et chronicisé ; l'aggravation de janvier à septembre 2017 n'était pas seulement passagère mais constante ; ses affections étaient résistantes au traitement. Elle avait des problèmes de sommeil, elle était fatiguée, irritable, anxieuse, avait de la peine à s'alimenter car elle vomissait, elle pleurait souvent et cela depuis le début du suivi.
21. Le 14 février 2019, le SMR a estimé que le rapport de la dresse D_____ du 11 novembre 2018 n'apportait aucun élément médical concret et susceptible de modifier son point de vue. L'aggravation temporaire de janvier 2017 à septembre 2017 avait déjà été analysée lors de l'avis du SMR du 7 mars 2018. Après septembre 2017, il n'était pas constaté d'éléments médicaux nouveaux pouvant rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assurée.
 22. Par projet de décision du 18 février 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation de l'assurée du 13 novembre 2018.
 23. Le 19 mars 2019, l'assurée, représentée par son avocat, s'est opposée au projet de décision en faisant valoir que la Dresse D_____ avait rendu vraisemblable une péjoration notable de son état de santé, l'aggravation constatée en 2017 n'étant pas passagère mais constante.

24. Par décision du 21 mars 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation de l'assurée.
25. Le 8 mai 2019, l'assurée, représentée par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction de la demande de prestations, en faisant valoir que la Dresse D_____ avait rendu plausible une aggravation de son état de santé.
26. Le 4 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le rapport du 11 novembre 2018 de la Dresse D_____ ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. Les diagnostics mentionnés étaient déjà connus et avaient été évalués lors des précédentes demandes par le SMR.
27. Le 27 juin 2019, l'assurée a répliqué, en relevant que le fait que les diagnostics étaient déjà connus et avaient fait l'objet par le passé d'examen par le SMR n'était pas pertinent. Un assuré qui souffrait d'une maladie qui s'était aggravée avait droit à ce que l'assurance-invalidité réexamine son dossier quand bien même il ne souffrait pas d'une nouvelle pathologie. Or, la Dresse D_____ attestait clairement que la pathologie s'était aggravée, en dépit d'un suivi psychothérapeutique régulier et de la médication, avec apparition d'idées suicidaires, d'une anxiété marquée et d'une cristallisation et chronicisation de l'état de santé, qui avait notamment nécessité une hospitalisation en septembre 2017. La Dresse D_____ précisait encore que l'aggravation n'était pas passagère, mais constante. Elle attestait de troubles du sommeil, de fatigabilité, d'irritabilité, d'anxiété, de peine à s'alimenter et de pleurs fréquents. On ne pouvait dès lors sérieusement soutenir que l'aggravation de son état de santé n'était pas rendue vraisemblable.
28. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou

l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.) 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 p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 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 108 consid. 2b p. 114).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - 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 al. 3 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 p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être

recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

5. En l'occurrence, la dernière décision de refus de prestations de l'intimé date du 9 janvier 2017. Elle est fondée sur l'avis du SMR du 23 mars 2016, constatant notamment que l'atteinte psychiatrique de la recourante n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail (pas de traitement psychotrope, pas de suivi psychiatrique ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique).

Postérieurement à la décision de l'intimé du 9 janvier 2017, la Dresse D_____ a attesté d'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante, justifiant un traitement médicamenteux et psychothérapeutique ainsi qu'une hospitalisation à la Clinique de Montana du 10 au 28 septembre 2017 (rapport des 26 avril 2017 et 4 octobre 2017) et la Clinique de Montana a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (lettre de sortie du 8 janvier 2018).

Le 7 mars 2018, le SMR a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante de janvier à septembre 2017 en considérant qu'elle n'était pas durable. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestation du 13 novembre 2018, la recourante a produit un rapport de la Dresse D_____ du 11 novembre 2018, selon lequel son état de santé ne s'était pas amélioré fin septembre 2017 mais que son affection, résistante aux traitements, s'était cristallisée et chronicisée.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante a rendu plausible que l'aggravation de son état de santé, d'ailleurs admise par le SMR le 7 mars 2018, n'a pas, au vu du rapport de la Dresse D_____ du 11 novembre 2018, été seulement temporaire mais a perduré au-delà de septembre 2017, de sorte que l'intimé aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Certes, le SMR relève le 14 février 2019 que l'aggravation temporaire de janvier à septembre 2017 a déjà été analysée le 7 mars 2018 mais il omet de se prononcer sur l'attestation de la psychiatre traitante relevant que cette aggravation a perduré.

6. Partant, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, pour instruction de la nouvelle demande de prestations de la recourante.

7. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 21 mars 2018 de l'intimé et lui renvoie la cause pour instruction de la nouvelle demande de prestations de la recourante.
4. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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