

## **GE\_GERICHTE ATAS/103/2010 vom 3. Februar 2010**

GE Cour de justice, 2010-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_103\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_103_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/103/2010 du 3 février 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/103/2010 del 3 febbraio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espère est ainsi établie.

#### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 3**

a) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Du point de vue temporel, sont normalement applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/4005/2008 - 9/14 - b) Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). c) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (cf. ATF 129 cité ci-dessus et les références). Cela étant, s'agissant tant de l'évaluation de l'invalidité que des principes régissant l'examen des révisions et des nouvelles demandes de prestations suite à un refus, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. notamment Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Enfin, les nouvelles dispositions sont applicables en ce qui concerne les éventuelles mesures d'ordre professionnel, la décision entreprise étant postérieure à l'entrée en vigueur de la 5ème révision.

#### **E. 4**

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence 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 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b 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. 4 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).

#### **E. 5**

En l'espèce, dans la mesure où l'intimé se réfère, dans son mémoire de recours, à l'art. 87 al. 4 RAI, il y a lieu d'examiner s'il s'est limité à un refus d'entrer en

A/4005/2008 - 10/14 - matière. Tel n'est cependant manifestement pas le cas. En effet, l'office intimé n'a non seulement pas rendu de décision de refus d'entrer en matière, mais une décision de refus de prestations. Quand bien même pareil intitulé pourrait être l'objet d'une interprétation au vu du contenu somme toute succinct de l'acte administratif, il n'en demeure pas moins que l'intimé a requis des rapports médicaux auprès des médecins de la recourante et ne s'est pas contenté d'examiner les allégations de cette dernière. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

#### **E. 6**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Il s'agit singulièrement de déterminer si les circonstances régnant au moment de la décision querellée ont subi un changement important par rapport à celles prévalant à la date de la décision de refus de prestations entrée en force. a) A cet égard, on rappellera qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Cela vaut

A/4005/2008 - 11/14 - également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 notamment). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est encore capable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous

la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung, p. 297 ss). c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées). Il n'y

A/4005/2008 - 12/14 - pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile à son patient. d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

## **E. 8**

Dans le cas présent, la recourante reproche implicitement à l'administration d'avoir mal évalué les circonstances prévalant au moment de la décision litigieuse. Elle soutient notamment que celle-ci aurait procédé à une appréciation erronée de sa capacité de travail en écartant, à tort, l'avis de son psychiatre traitant au profit de celui du docteur P\_\_\_\_\_. D'après elle, le rapport de ce médecin est ancien et ne saurait refléter la situation actuelle, décrite par le docteur S\_\_\_\_\_, dans la mesure où il ne prend pas en considération la péjoration de l'état de santé. L'argumentation de la recourante ne saurait toutefois être suivie. Certes, le docteur S\_\_\_\_\_ fait mention d'un nouveau diagnostic psychiatrique sous la forme de troubles bipolaires, mais ce dernier (qui vient remplacer un diagnostic de trouble dépressif récurrent), n'est nullement étayé et n'est confirmé par aucun autre document au dossier. Bien au contraire, le médecin appuie sa conclusion sur une symptomatologie connue de longue date et sur laquelle l'expert P\_\_\_\_\_ s'était prononcé en 2004. Il convient également de considérer l'appréciation de la capacité de travail faite par le psychiatre traitant avec toute la circonspection requise, dans la mesure où ce dernier est peut-être encore plus enclin que le médecin de famille proprement dit à suivre les indications données par son patient, tant la relation de confiance est importante entre un tel thérapeute et son patient, relation sans laquelle il n'y a justement pas de possibilité thérapeutique. Quant aux rapports d'hospitalisation en division de psychiatrie, force est de reconnaître qu'ils ne mentionnent nullement une problématique autre que des pics transitoires de l'humeur dépressive. Il y a bien eu des tentatives de suicides, mais cela n'a pas empêché les médecins concernés de ne garder l'intéressée que quelques jours, voire moins d'une journée, au sein de leur service et de ne relater qu'un diagnostic d'état

A/4005/2008 - 13/14 - dépressif majeur somme toute modéré, puisqu'un épisode de gravité moyenne (et non sévère) a été retenu. On ajoutera encore que le docteur S\_\_\_\_\_ parle d'incapacité de travail totale à compter de 2003, ce qui est non seulement contradictoire avec les faits (la recourante a travaillé une année en tant qu'aide de bureau à l'office des poursuites durant les années 2006 et 2007), mais encore avec son propre raisonnement aux termes duquel la situation s'est aggravée à un point tel qu'à compter du début du suivi assuré par ses soins, l'assurée n'était plus en mesure d'assumer une activité professionnelle. Pareille conclusion pourrait également être considérée comme une contestation des conclusions auxquelles étaient parvenus le docteur P\_\_\_\_\_ et l'intimé lors du refus initial de prestations en 2004, mais il constituerait alors une appréciation divergente d'un même état de fait ; or, une interprétation de ce type n'est pas susceptible de conduire à une révision du droit à la rente. Quant aux conséquences de l'affection cardiaque, elles se sont révélées inchangées de l'avis du médecin questionné. Enfin, l'accident ischémique transitoire survenu au mois d'avril 2009 n'est pas de nature à modifier l'appréciation, puisqu'il ne s'agit pas d'une affection agissant durablement sur la capacité de travail. Même en cas contraire, le Tribunal de céans ne saurait en tenir compte, puisqu'il est intervenu postérieurement à la décision attaquée. Il suit de ce qui précède qu'il convient de constater, à l'instar de l'intimé, l'absence d'évolution notable de la situation de santé de la recourante, au sens où l'entend la jurisprudence dans le cadre de l'examen d'une révision, respectivement d'une nouvelle demande de prestations. C'est donc à juste titre que l'administration a rejeté la demande de l'intéressée.

#### **E. 9**

La recourante, qui succombe, supportera un émolument de justice présentement fixé à 200 fr.

A/4005/2008 - 14/14 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.