

# **GE\_GERICHTE ATAS/21/2009 vom 13. Januar 2009**

GE Cour de justice, 2009-01-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_21\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_21_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/21/2009 du 13 janvier 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/21/2009 del 13 gennaio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; 167 consid. 1; 354 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 13 juin 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant

A/2542/2008 - 7/11 - remontant à l'année 2006, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. En ce qui concerne la procédure, la LPGA et son ordonnance d'application 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). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 3**

La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'OCAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée tendant à la modification de la décision de refus de rente d'invalidité du 15 juin 2006 entrée en force.

### **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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). 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 (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, 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 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.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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

A/2542/2008 - 8/11 - 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 au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b, RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références)

## **E. 5**

Selon l'art. 17 al. 1 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.

## **E. 6**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de

preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

A/2542/2008 - 9/11 -

## E. 7

En l'espèce, l'OCAI a, dans sa première décision du 15 juin 2006, refusé à l'assurée le droit à des prestations, décision qui a été confirmée par le Tribunal de céans en date du 14 novembre 2006. Il ressort notamment des divers rapports qui ont fondé ladite décision, soit notamment de celui du Dr N\_\_\_\_\_, ou de celui des examinateurs SMR que le trouble dépressif dont souffrait l'assurée était en rémission. Le Dr O\_\_\_\_\_ avait également constaté que l'assurée ne présentait plus de symptômes dépressifs et que sa capacité de travail était entière dès le 1er juin 2004. De plus, il était établi qu'elle souffrait également d'une fibromyalgie, toutefois, attendu qu'il n'existait notamment ni comorbidité psychiatrique grave ni état psychique cristallisé, il avait été considéré, au regard de la jurisprudence, que cette atteinte n'avait pas de caractère invalidant. Dès le mois de mars 2007, l'assurée a débuté un nouveau suivi psychiatrique auprès de la Dresse S\_\_\_\_\_, psychiatre au Service de psychiatrie pour adultes de la Jonction, qui a attesté en février 2008 qu'elle présentait un état dépressif sévère et que sa capacité de travail était actuellement nulle. Par rapports successifs, la Dresse S\_\_\_\_\_ et le Dr T\_\_\_\_\_ ont insisté sur le caractère sévère et persistant de la dépression de l'assurée et ont indiqué que l'assurée avait un réseau social très appauvri, qu'il existait également un trouble somatoforme douloureux et que ce trouble se maintenait malgré les efforts consentis par l'assurée. De mars 2007 à juillet 2008, l'état de santé psychique de l'assurée n'avait, d'après ces médecins, pas évolué et sa capacité de travail était nulle. En outre, selon les rapports des mois de mars et mai 2008 du Dr R\_\_\_\_\_, l'état algique de l'assurée s'était nettement péjoré dans le courant de l'année 2007. Elle souffrait d'une fibromyalgie, accompagnée notamment d'une insomnie ou encore de fatigue excessive. La capacité de travail de l'assurée était nulle. Selon l'OCAI, il ne s'agit pas là de faits nouveaux. En effet, le Dr R\_\_\_\_\_ posait toujours les mêmes diagnostics qu'en mai 2006 et ne se basait que sur des éléments subjectifs. Quant à l'avis de la Dresse S\_\_\_\_\_, qui affirmait que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère depuis dix ans, il ne permettait pas de mettre en évidence une aggravation de son état de santé. Le Tribunal constate que le Dr R\_\_\_\_\_ et les Dr S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ sont des médecins traitants de l'assurée, qui, d'après la jurisprudence, sont enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995 p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). S'il est vrai, comme le soutient l'OCAI, que le Dr R\_\_\_\_\_ pose toujours les mêmes diagnostics en 2008 qu'en mai 2006 et qu'il ne peut être tiré de ses avis une aggravation plausible de l'état de santé de l'assuré, il n'en va pas de

même des constatations de la Dresse S \_\_\_\_\_ et du Dr T \_\_\_\_\_. En effet, la décision de refus de rente du 15 juin

A/2542/2008 - 10/11 - 2006 s'est basée sur les avis du Dr N \_\_\_\_\_ et de l'examineur du SMR, qui ont constaté que le trouble dépressif dont souffrait la recourante était en rémission, et sur l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ qui avait attesté que l'assurée ne présentait plus de symptômes dépressifs. Si entre 2004 et 2006, les troubles dépressifs de l'assurée sont en rémission, tel ne semble plus être le cas à partir du mois de mars 2007, date à laquelle elle débute les consultations auprès du Service de psychiatrie pour adultes des HUG. Les Dr S \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie, ont, en effet, mis en exergue le fait que l'assurée présentait un trouble dépressif sévère, soulignant son caractère sévère et persistant et ont soutenu que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le mois de mars 2007. Rien ne permet a priori de remettre en doute ce diagnostic ainsi que l'appréciation de la situation faite par les médecins psychiatres. Les déclarations, au demeurant subjectives, du Dr U \_\_\_\_\_, soutenant l'hypothèse d'une volonté délibérée des médecins traitants de ne plus évoquer une fibromyalgie, parce qu'elle n'avait pas été prise en considération par l'OCAI lors de sa première décision et remarquant que l'influence du refus de prestations de l'OCAI sur l'état psychique de l'assurée ne devait pas relever de l'Assurance- invalidité, ne sont pas susceptibles de remettre en cause les constatations des médecins traitants psychiatres. De plus, l'OCAI a rendu une décision de non entrée en matière se basant sur un nouveau rapport du 23 mai 2008 du Dr R \_\_\_\_\_, médecin généraliste, sans même solliciter un avis plus spécifique des médecins suivant l'assurée pour ses troubles psychiques et qui avaient attesté de la présence d'un trouble dépressif sévère. Au vu des déclarations concordantes des médecins traitants de l'assurée, et en particulier de celles des Dr S \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_, le Tribunal de céans considère qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée susceptible d'influencer le droit aux prestations de l'assurée a été rendue plausible. L'OCAI se devait dès lors d'investiguer et donc d'entrer en matière sur la demande de prestations, quitte à rejeter ensuite la demande sur le fond. Il se justifie ainsi d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OCAI. Il lui appartient par conséquent d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, d'instruire notamment sur l'état psychique de l'assurée ainsi que sur les conditions dont la réalisation est nécessaire pour considérer la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux comme invalidant. L'assurée qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 750 fr. (61 let g LPGA).

A/2542/2008 - 11/11 -

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