

# **GE\_GERICHTE ATAS/361/2011 vom 6. April 2011**

GE Cour de justice, 2011-04-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_361\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_361_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/361/2011 du 6 avril 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/361/2011 del 6 aprile 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables.

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 30 août a été reçue par le recourant le 1er septembre 2010 de sorte que le recours du 1er octobre 2010 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits.

### **E. 5**

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 dé-

A/3341/2010 - 9/14 - cision 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 et ATF 117 V 200 consid. 4b ainsi que 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). 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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

## **E. 6**

L'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits. Au vu de la jurisprudence précisant la chronologie de l'examen de la nouvelle demande par l'administration, la Cour de cassation doit se limiter à examiner si c'est à tort ou à raison que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI). En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 3 avril 2007, sur le plan psychique, le Dr M\_\_\_\_\_ et la Dresse Q\_\_\_\_\_ retenaient un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, mais divergeaient sur l'appréciation de la capacité de travail. Le premier considérait qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail dès le 16 octobre 2004, alors que la seconde retenait une in-

A/3341/2010 - 10/14 - capacité de travail entière. Dans son arrêt du 12 mars 2008, le TCAS a expliqué pourquoi il ne pouvait pas suivre l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse Q\_\_\_\_\_ et pourquoi il se basait sur celle du Dr M\_\_\_\_\_. Sur le plan physique, le Dr L\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des lombalgies chroniques et des discopathies lombaires étagées étant précisé que les divers médecins s'accordaient sur le fait que ces troubles n'entraînaient pas d'incapacité de travail. A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit divers rapports médicaux. Dans son rapport du 10 mars 2008, sur le plan psychique, le Dr P\_\_\_\_\_ diagnostique un état dépressif grave et fait état d'une aggravation. Sur le plan physique, il se borne à énumérer les plaintes du

recourant. Il en déduit que l'état de santé de celui-ci s'est nettement aggravé tant du point de vue psychique que physique. L'évaluation de l'incidence des troubles psychiques entre dans la compétence du spécialiste en psychiatrie (ATFA non publié I 34/06 du 21 février 2007, consid. 8) de sorte que n'étant pas médecin-psychiatre, le médecin traitant n'est pas en mesure de procéder à une telle appréciation. Il n'explique pas en quoi il y aurait une aggravation des troubles psychiques en comparaison avec le rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007 qui, à l'époque de la première décision, mentionne une évolution clinique stationnaire sur le plan psychiatrique. Il se borne à expliciter l'état dépressif grave par une aboulie, une anhédonie, une indifférence par moment, un ralentissement du cours de la pensée et des troubles du sommeil, soit des éléments qui ne permettent pas de fonder objectivement l'existence d'un état psychique suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail de 80%. Par conséquent, son rapport n'a pas de valeur probante s'agissant de l'appréciation psychiatrique (ATF 125 V 352 consid. 3a et 122 V 160 consid. 1c ainsi que les références). Sur le plan physique, en tant qu'il énumère les plaintes du recourant sans expliquer en quoi il existe une aggravation par rapport à l'époque de la décision initiale, son rapport n'est pas davantage probant. Dans son rapport du 20 juin 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ observe une aggravation survenue en 2005 de l'état dépressif post-traumatique en raison d'un état dépressif grave et plutôt une péjoration de l'appareil locomoteur depuis une année. L'aggravation sur le plan psychique mentionnée par le Dr P\_\_\_\_\_ date de 2005 et est donc antérieure à la décision initiale de refus de prestations, partant elle ne peut pas être prise en considération dans le cadre du présent litige. Quant à l'appareil locomoteur, en concluant plutôt à une péjoration, le médecin traitant ne rend pas plausible une aggravation. Outre le fait que cette périarthrite a été soignée par corticothérapie orale et que le recourant n'en fait plus état dans ses écritures, le Dr P\_\_\_\_\_ ne précise pas que la capacité de travail de son patient se serait péjorée depuis le 3 avril 2007. Or, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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

A/3341/2010 - 11/14 - pour quelles activités l'assuré est incapable 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 ATF 115 V 134 consid. 2 ainsi que les références). De plus, dans son rapport du 17 juillet 2009 rédigé un mois après celui du Dr P\_\_\_\_\_, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne décrit aucune plainte du recourant au niveau des épaules alors qu'elle signale une symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne vertébrale ce qui confirme l'absence d'aggravation durable de la capacité de travail en lien avec ces articulations. Le recourant considère qu'il existe des faits nouveaux importants sur le plan physique car les diagnostics posés sont loin de ceux retenus de marche lente sans boiterie accompagnée de lombalgies sur discopathies minimes. Or, l'aggravation qu'il impute à un nouvel accident de voiture n'est confirmée par aucun rapport médical. De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr P\_\_\_\_\_ avait déjà observé une boiterie inexplicable et une colonne lombaire diffusément douloureuse dans son rapport du 30 avril 2005 alors que le Dr N\_\_\_\_\_ avait suspecté un syndrome douloureux dans son rapport du 7 décembre 2004. Par conséquent, il n'existe aucune aggravation de la situation sur le plan physique depuis la décision du 3 avril 2007. Dans son rapport du 17 juillet 2009, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne relève pas de changements dans les diagnostics psychiatriques, mais mentionne une évolution sur un mode chronique,

une péjoration progressive dans laquelle la symptomatologie douloureuse joue un rôle important et l'apparition depuis le printemps 2008 d'attaques de panique soulagées ponctuellement par des anxiolytiques sans toutefois poser un diagnostic d'attaques de panique (F 41.00). Bien que ce rapport semble contradictoire en tant qu'il observe une aggravation progressive sans retenir de changement dans les diagnostics, la question de sa valeur probante peut rester non résolue. En effet, même s'il rendait plausible une possible aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de prestations, il n'atteste toutefois pas que sa capacité de travail s'en trouve affectée dans une mesure propre à accroître son degré d'invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGa, ainsi que l'art. 87 al. 4 RAI le requiert pour justifier la réouverture du dossier. En effet, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne s'exprime pas sur la capacité de travail du recourant. En particulier, elle n'indique pas que celle-ci se soit péjorée depuis le 3 avril 2007. Le rapport de la Dresse V\_\_\_\_\_ que le recourant a produit devant la Cour de céans n'est pas davantage déterminant pour l'issue de la procédure. En effet, dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; voir également l'ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004). Or, le rapport du 14 octobre 2010 porte sur des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, si bien qu'il ne doit pas être pris en considération pour en apprécier la légalité. Il ne saurait être question de sur-

A/3341/2010 - 12/14 - seoir à ces principes - fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure - sous peine de les vider de leur portée juridique (ATFA non publié I 597/05 du

## **E. 8**

Dans un dernier moyen, le recourant requiert de la Cour de céans la mise en œuvre d'une expertise médicale. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). S'agissant de l'expertise médicale, dans le cadre de la nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des faits déterminants. Par conséquent, la maxime inquisitoire ne s'applique pas et, partant, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 3.2). Vu ce qui précède, la cause est en état d'être jugée de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction.

## **E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assis-

A/3341/2010 - 13/14 - tance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

A/3341/2010 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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