

# **GE\_GERICHTE ATAS/380/2010 vom 15. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_380\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_380_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/380/2010 du 15 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/380/2010 del 15 aprile 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ ; RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours, déposé au guichet du Tribunal de céans le 22 mai 2009, est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'invalidité formée par la recourante le 7 juillet 2008.

### **E. 5**

À teneur de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsque la rente 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 125 V 410 consid. 2b). 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. À 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 (ATF 109 V 114 consid. 2b). 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 considéra-

A/1790/2009 - 11/13 - tion 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 160 consid. 1c et les références). Enfin, s'agissant de la valeur probante 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b).

## E. 6

En l'espèce, les avis médicaux exprimés par les expertes, d'une part, et par le docteur Q\_\_\_\_\_, d'autre part, divergent quant aux conséquences des troubles psychiques dont la recourante est affligée. L'expertise conduite par les docteurs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ le 19 mars 2009 se fonde sur un examen clinique étendu, sur une anamnèse abondante, sur les plaintes exprimées par la recourante lors de la consultation et sur un status psychiatrique détaillé, de sorte que le diagnostic posé, qui retient une personnalité émotionnellement labile type « borderline », non décompensée (F60.31) et une dysthymie d'intensité légère (F34.1), apparaît cohérent et digne de foi. Il en va de même des conclusions que les expertes tirent de ces diagnostics, à savoir une capacité de travail entière dans quelque activité que ce soit et ce, depuis février 2009. Pour sa part, le docteur Q\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques mais avec nombreuses somatisations (F33.2) et de personnalité émotionnellement labile de type « borderline » (F60.31). Les conclusions qu'il en tire, cependant, à savoir une totale incapacité de travail de la recourante, ne convainquent pas dans la mesure où il apparaît que la plupart des limitations fonctionnelles décrites (difficultés relationnelles, insomnies, mauvaise gestion des affaires courantes, palpitations et transpiration) n'ont pas été objectivées ou ne sont généralement pas de nature à empêcher l'exercice d'une profession. Au demeurant, le docteur Q\_\_\_\_\_, qui n'est consulté par la recourante que depuis le mois d'août 2008, se borne essentiellement à relayer les plaintes de sa patiente en affirmant que cette dernière souffre depuis plus de douze ans d'un trouble dépressif récurrent et que sa capacité de travail s'améliorerait si elle respectait le traitement prescrit. À cela s'ajoute que, parmi les rares éléments nouveaux, l'évolution du traitement prescrit semble avoir eu pour conséquence, de l'avis de ce praticien, une « rémission très partielle » du trouble dépressif de sa patiente, c'est-à-dire une légère amélioration.

A/1790/2009 - 12/13 - À cet égard, il sied encore de relever que, dans le rapport intermédiaire qu'il a établi le 15 février 2009, le docteur Q\_\_\_\_\_ précisait que, de son point de vue, la gravité de l'état de santé de sa patiente avait été d'emblée sous-estimée, que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, aurait dû être posé en 1997 déjà, et que l'on ne pouvait dès lors conclure à une péjoration de cet état de santé. Il s'impose en outre de relever que le rapport d'examen psychiatrique du 26 mars 2009 ne se distingue pas essentiellement du rapport établi le 30 octobre 2006 par le docteur N\_\_\_\_\_, le contenu de ces deux documents étant largement superposable. Force est

donc de constater que, sur la base d'un état de fait identique à celui retenu par ce psychiatre et par les expertes du SMR, le docteur Q\_\_\_\_\_ aboutit à des conclusions différentes. Or, le médecin n'explique pas en quoi et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante se serait aggravé dans la période relativement brève séparant la nouvelle demande de la décision rendue par l'intimé dix-huit mois plus tôt. En d'autres termes, on ne saurait considérer que l'aggravation alléguée a été rendue plausible. Pour le surplus, il n'est pas contesté que les troubles dégénératifs constatés par les médecins somaticiens consultés, soit les docteurs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, sont insignifiants et ne sauraient dès lors avoir de réelle répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du

#### **E. 7**

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

A/1790/2009 - 13/13 -

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