

## **GE\_GERICHTE ATAS/762/2012 vom 5. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_762\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_762_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/762/2012 du 5 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/762/2012 del 5 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

#### **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 et s'applique donc au cas

A/4151/2011 - 8/14 - d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le refus d'entrer en matière de l'OAI.

#### **E. 5**

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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

#### **E. 6**

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une

incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

## **E. 7**

a) Selon l'art. 17 LPGGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

A/4151/2011 - 9/14 - supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Selon l'art. 87 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (al. 2). 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4). Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt: a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée; b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue; c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (al. 1). La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet: a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment

A/4151/2011 - 10/14 - donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (al. 2). b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - 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. 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 64 consid. 5.2.3 p. 68, 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198) (ATF du 22 octobre 2009 9C\_67/2009). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008). d) Il ne s'agit pas, dans le contexte d'une nouvelle demande, d'un renversement du fardeau de la preuve, puisqu'il suffit que l'assuré rende plausible, par exemple, l'aggravation de son état de santé. La notion de caractère plausible ne renvoie pas à celle de la vraisemblance prépondérante; les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites. En effet, les indices d'une modification suffisent (lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas d'établir), mais doivent cependant être allégués par l'assuré afin d'éviter que l'administration soit tenue de se saisir à nouveau de demandes réitérées ayant le même objet et qui ne sont pas plus étayées (voir Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 394 et 396; ATF du 24 novembre 2009 9C 643/2009; ATF du 4 octobre 2005 I 454/2004).

A/4151/2011 - 11/14 -

## **E. 8**

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/4151/2011 - 12/14 - 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

## **E. 9**

En l'espèce, la décision du 7 novembre 2011 est un refus d'entrer en matière et non pas un refus de prestations. Le pouvoir d'examen de la Cour est limité par l'objet du litige - la non-entrée en matière - de sorte que, dans l'hypothèse où cette décision serait mal fondée, la Cour ne pourrait ni ordonner une expertise, ni octroyer une rente, mais seulement annuler la décision de refus d'entrée en matière et renvoyer la cause à l'OAI pour instruction sur le fond. L'assurée a déposé une nouvelle demande le 24 juin 2011 et, dans le délai fixé pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, elle a produit une attestation du Dr B\_\_\_\_\_. Mis à part l'apparition d'un diabète, dont le médecin-traitant n'indique pas qu'il aurait une influence sur la capacité de travail, ce rapport médical ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé, mais relève que, malgré un suivi adéquat préconisé par l'expert mandaté en 2006, le pronostic favorable de celui-ci ne s'est pas confirmé. Ce faisant, le médecin-traitant fait en réalité valoir que les conclusions de cet expert quant à la capacité de travail de sa patiente étaient mal fondées. D'ailleurs, l'assurée s'était opposée à

la décision de refus de l'OAI du 8 juin 2006 en contestant l'appréciation de l'expert et elle aurait alors dû recourir contre la décision sur opposition de l'OAI du 29 septembre 2006 et solliciter, dans ce cadre- là, une expertise judiciaire. Son refus de poursuivre la procédure à cette époque, une confrontation au passé étant source d'angoisse, ne constitue pas un empêchement d'agir au sens de la loi, ce d'autant moins que l'OAI avait transmis le dossier au Dr B\_\_\_\_\_. Force est donc de constater qu'en novembre 2011, l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé ou de son invalidité. Ainsi, conformément à la loi et à la jurisprudence constante du Tribunal Fédéral, l'OAI était fondé à refuser en novembre 2011 d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 24 juin 2011. S'agissant des rapports médicaux produits ultérieurement, il y a lieu de relever ce qui suit. Aucune aggravation d'un trouble rhumatologique n'est mentionnée. Le diabète apparu en 2010 est certes une nouvelle atteinte à la santé qui pourrait justifier une entrée en matière, mais le Dr G\_\_\_\_\_ atteste que cette maladie est sans effet sur la capacité de travail de l'assurée, pour autant que l'activité professionnelle permette de manger à heures fixes et de faire des contrôles glycémiques, ce qui est à l'évidence le cas dans une activité de laborantine. Le kyste au poignet a été opéré et il est sans incidence sur la capacité de travail selon le Dr J\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre qui a suivi l'assurée de 2007 à 2011, ne mentionne aucune aggravation de l'état de santé et estime qu'aucun élément

A/4151/2011 - 13/14 - objectif ne justifie l'octroi d'une rente, tout en préconisant un emploi limité à un temps partiel. Le Dr B\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause les diagnostics retenus par l'expert en 2006, mais fait valoir qu'ils sont incompatibles avec le marché du travail. Le Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre, retient un diagnostic supplémentaire d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sur la base de 6 entretiens avec lui et une psychologue, sur deux mois. Il conclut toutefois que l'assurée est incapable de travailler depuis plusieurs années, toute tentative de reprise ayant conduit à une crise clastique. L'avis des Dr B\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, qui sont seuls à retenir l'existence d'une affection invalidante (sous réserve de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, qui est peu clair à cet égard), consiste en fait à affirmer que l'assurée est incapable de travailler depuis plusieurs années, en raison d'un trouble borderline et d'un possible trouble dépressif, sans changement malgré un suivi psychiatrique durant 4 ans et avec des échecs lors des tentatives de reprise d'une activité légère. Sous réserve de l'apparition d'un trouble dépressif, postérieurement à 2006, ces médecins ne font donc pas état d'une aggravation de l'état de santé et/ou d'une diminution de la capacité de travail de l'assurée, qui justifierait d'entrer en matière sur une nouvelle demande, mais contestent l'évaluation faite par l'expert en 2006 et ayant fondé la décision de refus initiale. Or, cette décision est entrée en force, faute de recours et c'est en 2006 qu'il aurait fallu faire valoir l'argument que l'envoi du dossier au médecin traitant en application de l'art. 47 LPGA était un indice de la gravité de l'atteinte psychiatrique. Au demeurant, l'assurée n'allègue pas que sa demande de juin 2011 serait une demande de révision ou de reconsidération fondée sur l'art. 53 LPGA. Ainsi, outre que ces rapports médicaux sont postérieurs à la décision de refus d'entrer en matière du 7 novembre 2011, ils ne rendent pas non plus plausible, en mai 2012, une aggravation de l'état de santé de la recourante. En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 7 novembre 2011, sur la base des renseignements médicaux en sa possession lors de la prise de décision. Pour le surplus, si l'assurée s'estime fondée à faire valoir que la dépression mentionnée par le Dr H\_\_\_\_\_ en avril 2012 pour la première fois, constitue une aggravation de son état de santé, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande en prenant la peine de produire tout de suite un rapport médical circonstancié.

**E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/4151/2011 - 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.