

## GE\_GERICHTE A/2108/2016 vom 2. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2108\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2108_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2108/2016 du 2 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2108/2016 del 2 marzo 2017

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en \_\_\_\_\_ 1958, originaire du Kosovo, ayant exercé la profession d'acteur dans son pays, puis celle d'assistant social en Suisse, a déposé en date du 26 juillet 2002 une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI), en invoquant une dépression. Par décision du 9 février 2007, l'OAI a rejeté cette demande, motif pris de l'absence de maladie invalidante, tant sur le plan somatique que psychique. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport rédigé le 7 septembre 2002 par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, concluant à un état dépressivo-anxieux important, ayant entraîné une totale incapacité de travail à compter du 3 août 2001 ; le médecin mentionnait également des cervico-dorso-lombalgies sur arthrose et une gastrite chronique, en précisant qu'elles étaient sans influence sur la capacité de travail ; - un bref rapport rédigé le 11 avril 2003 par le docteur C\_\_\_\_\_, chef de clinique du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), suite à une hospitalisation volontaire de l'assuré durant 24 heures pour état dépressif sévère et confirmant ce diagnostic ; - un rapport rédigé le 23 octobre 2003 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un état dépressif sévère et atypique ; le médecin y relatait que les démarches médicamenteuses s'étaient soldées par un insuccès complet ; il disait avoir observé une humeur constamment et fortement dépressive, une détresse, une angoisse toujours intense, accompagnée de fatigue et de troubles du sommeil, des sentiments de plus en plus évidents de perte d'espoir de guérison, un isolement social, une communication très limitée, une absence d'intérêt et sources de plaisir et enfin, des ruminations d'idées noires ; - un rapport d'admission établi le 10 novembre 2003 par le docteur E\_\_\_\_\_, des HUG, mentionnant un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique (F32.1) et des troubles du sommeil importants (durée du sommeil réduite et réveils nocturnes fréquents) ; - un rapport du 2 mars 2005 du Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, confirmant le diagnostic d'état dépressif sévère, avec symptômes somatiques (F.32.1) depuis 2001 entraînant une totale incapacité de travail ; - un avis du Service médical régional (SMR) de l'AI préconisant, en l'absence de la totalité des critères diagnostics requis pour conclure à un état dépressif sévère, un examen rhumatologique et psychiatrique ; - le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique rédigé le 11 octobre 2006 par les docteurs F\_\_\_\_\_ (médecine physique et rééducation) et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

psychiatrie, qui n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur le plan de la capacité de travail, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique ; les experts n'ont finalement mentionné que l'accentuation de certains traits de la personnalité et des troubles associatifs sans précision ; le psychiatre a considéré qu'il n'y avait pas suffisamment de symptômes pour pouvoir poser le diagnostic de dépression majeure de gravité sévère, moyenne ou même légère ; il y avait certes une souffrance psychique, se reflétant dans une rumination mentale, mais ces phénomènes n'étaient pas présents continuellement ; aucune limitation fonctionnelle psychiatrique empêchant la reprise d'une activité lucrative n'était mise en évidence. ]>[if> 3. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - l'a rejeté en date du 28 novembre 2008 ( ATAS/1404/2008 ), à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : ]>[if> - l'audition, en date du 7 juin 2007, du Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qui a expliqué que l'état dépressif de son patient était atypique : il ne présentait pas tous les paramètres normaux d'une dépression, mais avait en revanche toujours été sévère ; après de longues discussions, le Dr E\_\_\_\_\_ et lui-même n'avaient pas trouvé mieux comme diagnostic que celui d'état dépressif sévère ; selon le témoin, l'état de son patient allait en s'aggravant lentement ; il a par ailleurs exprimé son désaccord avec les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, auquel il a reproché de banaliser l'état de son patient ; ]>[if> - un rapport d'expertise judiciaire de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 21 novembre 2007, établi sur la base de quatre entretiens avec l'assuré (totalisant une durée de près de cinq heures), d'un entretien téléphonique avec son médecin traitant, d'un autre avec son psychiatre traitant, et du dossier transmis par le tribunal, concluant qu'il y avait peu d'arguments pour un diagnostic de psychopathologie ; nombre des symptômes relatés demeuraient uniquement anamnestiques et n'étaient pas décelables à l'examen clinique, certains étaient même contradictoires et leur coexistence incongrue ; l'expert a mis en évidence des contradictions et n'a finalement retenu pour sa part aucun diagnostic psychiatrique, vu l'absence de critères majeurs suffisants ; ]>[if> - un avis des docteurs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins adjoints aux HUG, du 24 janvier 2008, faisant mention de l'existence de symptômes pouvant être rattachés à la mélancolie, de troubles du sommeil, d'un retrait social très important et d'une estime de soi extrêmement dévalorisée ; ]>[if> - un courrier rédigé par ces mêmes médecins le 24 janvier 2008, indiquant qu'après une nouvelle évaluation du patient, ils n'avaient aucun doute quant à l'authenticité de ses plaintes et émettant l'avis que la présentation clinique évoquait une mélancolie, dont ils ont admis qu'elle était non compatible avec les diagnostics habituellement posés désormais avec le DSM-IV ; cependant, il était clair que la présentation clinique de l'assuré était incompatible avec une capacité de travail. ]>[if> Le Tribunal a reconnu pleine valeur probante au rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, dont il a relevé que les conclusions ne constituaient pas un avis isolé, puisqu'elles étaient partagées par le Dr G\_\_\_\_\_. En définitive, il n'y avait pas suffisamment de symptômes pour pouvoir retenir le diagnostic de dépression majeure, que ce soit de gravité sévère, moyenne ou même légère. 4. Le 14 juillet 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant : « dépression, angoisse, douleurs chroniques, fatigue chronique, infarctus cardiaque ». ]>[if> 5. L'OAI a alors demandé un rapport au Dr D\_\_\_\_\_, qui y a fait état d'une totale incapacité de travail en raison d'un état dépressif chronique avec symptômes somatiques (F32.1) dont il a indiqué qu'il remontait à 2001. Le médecin a également fait mention d'une décompensation cardiaque. ]>[if> Dans sa brève anamnèse, il a mentionné une « stabilisation relative

depuis environ 10 ans » à l'exception de l'infarctus survenu en novembre 2012. À titre de limitations, il a indiqué un état de fatigue chronique et une anxiété importante en relation avec l'état anxiodépressif chronique. 6. Interrogé à son tour, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a répondu en date du 12 octobre 2015 que l'assuré avait souffert d'un infarctus en novembre 2012. Il avait ensuite participé à un programme de réadaptation cardiaque en ambulatoire avec une récupération cardiovasculaire complète. Le patient continuant cependant à se plaindre de douleurs thoraciques atypiques et persistantes, il avait été procédé à deux angioplasties simples, en avril 2013 et en avril 2015. Le médecin a précisé que, d'un point de vue cardiovasculaire, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Il a émis l'avis que les douleurs thoraciques résiduelles n'étaient pas d'origine cardiovasculaire. 7. Le docteur K\_\_\_\_\_, médecin traitant, a également rempli un rapport en date du 9 novembre 2015. Ce médecin s'est contenté d'indiquer qu'il avait constaté, une aggravation de l'état général de son patient (fatigue chronique, dépression, douleurs thoraciques chroniques et état d'asthénie évident). 8. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au SMR. Le 12 avril 2016, le SMR a rappelé que la première demande avait été motivée par une atteinte psychiatrique, mais qu'en définitive, aucun diagnostic sur ce plan n'avait été retenu, la présence d'un trouble dépressif ayant été niée au vu de la pauvreté de la symptomatologie. 9. Dans le cadre de la nouvelle demande, il était apparu que l'assuré avait souffert d'un infarctus en novembre 2012 et qu'il continuait depuis lors à se plaindre de douleurs thoraciques atypiques malgré plusieurs angioplasties ; le cardiologue traitant avait toutefois indiqué qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue cardiovasculaire. Sur le plan psychiatrique, il a été relevé que le psychiatre traitant concluait à un état stationnaire depuis dix ans, avec une totale incapacité de travail depuis 2001. Le SMR a constaté que si le psychiatre traitant avait signalé une péjoration de la symptomatologie anxio-dépressive chronique en lien avec le développement d'une schizophrénie chez l'un des fils de l'assuré, aucun élément objectif n'avait été apporté à l'appui de cette allégation. Il a été rappelé que l'existence d'un trouble anxieux et/ou dépressif avait été exclue par l'expert judiciaire. Le SMR a estimé que le Dr D\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément permettant de retenir une aggravation manifeste et durable ; le SMR en a tiré la conclusion que l'on se trouvait vraisemblablement dans le contexte d'une appréciation différente d'un même état de fait. D'un point de vue physique, le SMR a en revanche admis que le status après infarctus du myocarde et maladie coronarienne justifiait la reconnaissance de limitations fonctionnelles supplémentaires (éviter les travaux de force et l'exposition aux intempéries) dont il a constaté qu'elles restaient compatibles avec l'exercice des métiers de comédien ou d'assistant social. 10. Le 14 avril 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. Ce document précisait : « Après écoulement du délai de 30 jours, qui ne peut pas être prolongé, une décision sujette à recours vous sera notifiée ». 11. Par courrier du 16 mai 2016, l'assuré, par le biais de son mandataire, a contesté ce projet en ajoutant : « Afin de pouvoir vous faire part de mes observations, je vous prie de bien vouloir m'adresser, à votre plus proche convenance, l'entier du dossier ». 12. Ledit dossier a été adressé au conseil de l'assuré sous forme de CD-Rom par courrier du 13 mai 2016 et le mot de passe permettant d'y accéder, par courrier du 17 mai 2016. 13. Par décision du 24 mai 2016, l'OAI a rejeté la nouvelle demande au motif que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante. 14. Par écriture du 23 juin 2016, l'assuré a interjeté

recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.![endif]>![if> Le recourant fait valoir qu'il n'a plus repris d'activité depuis 2008 et que selon son psychiatre traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, il est toujours dans l'incapacité totale de travailler en raison d'une dépression sévère et chronique. En premier lieu, le recourant reproche au SMR d'avoir succinctement émis l'avis qu'il n'y avait aucun élément nouveau permettant de retenir une aggravation manifeste durable de son état de santé. En second lieu, il fait grief à l'OAI d'avoir rendu sa décision le 24 mai 2016, sans attendre les observations qu'il aurait pu formuler suite à l'envoi du projet de décision du 14 avril 2016. Il relève par ailleurs que la motivation de la décision litigieuse est pour le moins succincte puisqu'elle se résume à ce qui suit : « À l'issue de l'instruction, et sur la base de tous les éléments médicaux versés au dossier, notre service médical est d'avis que vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité ». En résumé, le recourant se plaint à la fois d'une violation de son droit d'être entendu et d'une violation du devoir d'instruction incombant à l'OAI. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 juillet 2016, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> S'agissant du grief de violation du droit d'être entendu, l'intimé fait remarquer que le projet de décision mentionnait la possibilité pour l'assuré de s'exprimer dans les 30 jours, par écrit ou oralement, en soulignant que ce délai était non prolongeable. Il ajoute qu'au demeurant, si une telle violation devait être retenue, il conviendrait de constater la réparation du vice devant la Cour de céans, au vu du pouvoir d'appréciation de cette dernière. Quant au fond du litige, l'intimé relève qu'au niveau physique, le cardiologue traitant a exclu toute limitation fonctionnelle d'un point de vue cardiovasculaire et que, d'un point de vue psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_ a évoqué un état stationnaire depuis dix ans. L'intimé rappelle qu'en 2007, une expertise judiciaire s'était déjà écartée de l'avis du psychiatre traitant et avait conclu à une pleine capacité de travail en excluant la présence d'un trouble anxieux et/ou dépressif tel que déjà retenu par le Dr D\_\_\_\_\_. Enfin, l'intimé fait valoir que le SMR, dans son avis du 12 avril 2016, a clairement expliqué pourquoi il concluait à l'absence d'aggravation. 15. Par écriture du 25 août 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il fait valoir que son conseil est intervenu auprès de l'Office AI dans le délai de 30 jours imparti dans le projet de décision en prenant soin d'indiquer qu'il entendait faire des observations dès qu'il aurait pris connaissance de l'ensemble du dossier. Or, celui-ci ne lui est parvenu qu'en date du 18 mai, soit quelques jours seulement avant que ne soit rendue la décision formelle, le 24. L'intimé aurait ainsi violé « de manière crasse » son droit d'être entendu et vidé de sa substance la procédure de préavis. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, 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 343

consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 5. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet par l'intimé de la nouvelle demande de prestations du recourant. Se pose toutefois en premier lieu la question d'une éventuelle violation du droit d'être entendu du recourant. 6. a. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 2a, 375 consid. 3b). A cet égard, l'art. 57a al. 1 LAI prévoit en particulier que l'Office AI communique à l'assuré au moyen d'un préavis toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestation ou de la suppression d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. L'art. 73ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours. Ainsi, par la notification d'un projet de décision, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable; arrêt 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich, 1999, nos 170 et 171; Kieser, ATSG Kommentar, Zurich, 2003, nos 7 et 8 ad art. 42 LPGA et les références). L'art. 38 LPGA dispose que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1er). b. En l'occurrence, on ignore quand précisément le projet de décision du 14 avril 2016 a été notifié au recourant. Si l'on admet qu'il lui est parvenu le lendemain, le délai pour faire part de ses observations a commencé à courir le 16 avril 2016, pour venir à échéance le 17 mai 2016. Prima facie, la décision formelle intervenue le 24 mai 2016 n'a donc pas été rendue prématurément. D'ailleurs, l'assuré avait eu le temps de s'opposer formellement au projet, par le biais de son conseil et par courrier du 10 mai. La loi ne prévoyant pas de prolongation du délai de 30 jours imposé, on ne saurait faire grief à l'intimé de n'avoir pas sursis à statuer formellement. c. Le recourant fait également grief à l'intimé de n'avoir pas

suffisamment motivé sa décision. En vertu des art. 35 al. 1 et 61 al. 2 PA (applicables par le renvoi de l'art. 1er al. 3 PA lui-même applicable en vertu de l'art. 61 LPGA), les juridictions cantonales compétentes en matière d'assurances sociales sont tenues de motiver les décisions qu'elles rendent. Selon la jurisprudence (consid. 4 de l'arrêt A. du 27 mars 2001, H 249/00 et H 256/00), les dispositions précitées ont la même portée que le droit d'obtenir une décision motivée, déduit du droit d'être entendu garanti à l'article 29 al. 2 Cst. En d'autres termes, l'autorité doit motiver ses décisions, mais n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 181 consid. 1a ; 124 II 149 consid. 2a et réf. citées). Tel est le cas en l'occurrence. L'intimé a en effet expliqué - certes de manière assez lapidaire - qu'il considérait qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante. L'assuré était ainsi en position d'interjeter recours et de motiver ce dernier, ce qu'il a d'ailleurs fait. d. Il ressort de ce qui précède que l'on ne saurait annuler la décision litigieuse, étant rappelé que, selon un principe général, la nullité d'un acte commis en violation de la loi doit résulter ou bien d'une disposition légale expresse, ou bien du sens et du but de la norme en question (ATF 122 I 98 ss. consid. 3a ; Pra 2000 no 161 p. 972 ss. consid. 3a) et qu'en d'autres termes, il n'y a lieu d'admettre la nullité, hormis les cas expressément prévus par la loi, qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (cf. ATF 121 III 156 consid. 1). Il est encore utile de souligner que, d'après la jurisprudence, la nullité d'une décision n'est admise que si le vice dont elle est entachée est particulièrement grave en raison de l'importance de la norme violée, manifeste ou du moins facilement décelable et si, en outre, la constatation de la nullité ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision ; en revanche, de graves vices de procédure, ainsi que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision sont des motifs de nullité (ATF 129 I 363 sv. consid. 2 et 2.1 et les références). Ainsi que cela ressort des considérations qui précèdent, en l'espèce, nul vice d'une telle gravité n'a été mis en évidence. Qui plus est, comme l'intimé le relève à juste titre, la Cour de céans dispose d'un large pouvoir d'examen, de sorte que la possibilité offerte au recourant de s'exprimer pleinement dans le cadre de la présente procédure permet de considérer qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu a été réparée. Il convient dès lors de se pencher sur le fond du litige et d'examiner à présent si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande du recourant. 7. a. 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [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). b. 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. 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), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGa, c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 8. 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 l'assuré 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). 9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 10. 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. À 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) 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. Étant 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).

11. En l'espèce, la seconde demande de prestations, tout comme la première, est essentiellement motivée par l'état anxio-dépressif du recourant, lequel a cependant en outre été victime d'un infarctus dans l'intervalle. La question est de savoir si, depuis la décision de l'intimé du 9 février 2007, l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de lui ouvrir droit aux prestations, plus particulièrement à une rente d'invalidité. Le recourant reproche en particulier à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit son dossier. Selon lui, l'intimé ne pouvait « se borner à demander au Dr D\_\_\_\_\_ de remplir un rapport médical » et se contenter d'un avis de son cardiologue. Force est de constater que le cardiologue a pourtant souligné à plusieurs reprises dans son rapport qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle du point de vue cardiovasculaire. On ne saurait dès lors faire grief au SMR d'avoir conclu qu'il n'y avait aucune aggravation de ce fait, d'autant qu'il est même allé au-delà des conclusions du cardiologue traitant et a retenu des limitations fonctionnelles dont il a constaté qu'elles n'avaient cependant aucun impact sur la profession habituelle de l'assuré. Dans ces circonstances, il n'y avait pas lieu à investigations supplémentaires sur ce plan. Quant aux troubles psychiques, il apparaît que le psychiatre traitant était le mieux à même de répondre à la question d'une éventuelle aggravation. Or, loin de conclure en ce sens, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une stabilisation de l'état de son patient depuis dix ans. Par ailleurs, le diagnostic est le même que celui précédemment retenu par le psychiatre et écarté par deux experts. Dans la mesure où le psychiatre traitant

n'amène aucun élément objectif à l'appui d'une éventuelle aggravation psychique, là encore, il n'y avait pas lieu à investiguer plus avant. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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