

# **GE\_GERICHTE ATAS/213/2008 vom 21. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_213\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_213_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/213/2008 du 21 février 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/213/2008 del 21 febbraio 2008

## **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) 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. En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 3**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la nouvelle demande de prestations ayant été déposée en août 2004, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA, c'est cette dernière qui s'applique sur le plan matériel (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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).

A/3082/2007 - 7/10 - Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

#### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 13 août 2004.

#### **E. 5**

a) 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. 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. 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), 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 ou de l'impotence 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. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence 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

A/3082/2007 - 8/10 - 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).

#### **E. 6**

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré mais l'a rejetée, au motif que l'assuré ne souffrait pas d'atteinte à la santé invalidante. L'intimé s'est essentiellement basé sur le rapport médical du Dr N\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2004 et sur l'avis de l'expert psychiatre.

#### **E. 7**

Selon le principe de la 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, qu'elle 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

## E. 8

Ainsi que cela a été relevé, l'OCAI se réfère au rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2004. Or, si ce dernier se montrait effectivement réticent à l'époque, indiquant que les plaintes du patient étaient avant tout subjectives, force est de constater qu'il n'en est plus de même dans le courrier qu'il a adressé à l'intimé le 11 juin 2007. Le médecin y fait clairement état d'une aggravation de la symptomatologie lombaire du patient, attestée par de nouveaux examens dont l'OCAI n'a pas même jugé bon de demander la production. Certes, ainsi que l'indique le Dr P\_\_\_\_\_, des troubles dégénératifs ne peuvent aller qu'en s'aggravant mais ce postulat ne saurait suffire pour écarter d'emblée l'éventualité d'une invalidité sans même procéder à une évaluation de l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré. L'OCAI ne saurait se baser sur un avis du médecin traitant datant de dix-huit mois - et alors même que ce dernier est revenu depuis lors sur sa position et préconise la mise sur pied d'une expertise orthopédique - pour écarter sans aucune investigation complémentaire l'hypothèse selon laquelle l'aggravation alléguée - et admise par l'intimé puisque ce dernier a accepté d'entrer en matière - prêterait suffisamment la capacité de travail de l'assuré pour influencer son droit aux prestations.

A/3082/2007 - 9/10 - Le Tribunal de céans considère dès lors que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucune investigation approfondie n'a été menée sur le plan orthopédique depuis l'aggravation alléguée. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise rhumatologique par un médecin spécialisé en la matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations du recourant et rende une nouvelle décision.

A/3082/2007 - 10/10 -