GE_GERICHTE ATAS/618/2008 vom 28. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_618_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/618/2008 du 28 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/618/2008 del 28 maggio 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

A/4763/2007 - 7/11 - 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) qui sont 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.

E. 2

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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

La décision du 30 octobre 2007 a été notifiée au recourant par courrier B et a été reçue par ce dernier le 6 novembre 2007. Par conséquent, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si, postérieurement à la décision de refus de prestations, le recourant présente une aggravation de son état de santé ou une nouvelle atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

Selon l'art. 87 al. 4 RAI, 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. D'après cet alinéa (dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'administration doit ainsi 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. Cependant, l'exigence sur le

A/4763/2007 - 8/11 - caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27). 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).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, 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 et la référence). 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 (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

E. 6

En l’espèce, postérieurement à la décision de refus de prestations, le recourant a subi un accident de moto le 10 septembre 2005 ayant entraîné une fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit. En outre, une hépatite C active a été diagnostiquée, de même qu’une ostéoporose. Il s’agit-là d’atteintes nouvelles à la santé, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande.

 Selon les médecins, le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis le

E. 10

septembre 2005, suite à l'accident de moto, lors duquel une fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit ont été diagnostiquées. Ces fractures ont nécessité deux osthéosynthèses, ainsi que de la rééducation. Les séquelles de l'accident entraînent des limitations fonctionnelles, telles que décrites par son médecin traitant dans son rapport du 3 avril 2007, à savoir que le recourant doit éviter la position à genoux, accroupie, le travail en hauteur, les horaires de travail irréguliers et les parcours à pied excédant 500 mètres. Il peut garder la position assise ou debout 4 heures par jour et la même position du corps 2 heures par jour. Selon le Dr L_____, l'incapacité de travail est totale depuis le 1er juin 2003 en tant que décolleteur, peintre ou magasinier; une activité légère, sans effort est exigible, à raison de 4 heures par jour. Selon le SMR, la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée, dès le mois de décembre 2005. Le Tribunal de céans constate qu'aucun rapport médical ne vient étayer cette appréciation. En effet, le Dr L_____ mentionne, certes, qu'une activité légère, sans effort, est exigible, mais seulement 4 heures par jours, ce qui correspond à un 50 %. Il n'indique toutefois pas depuis quand le recourant est apte à reprendre une activité adaptée. Quant aux médecins ayant soigné le recourant suite à son accident, ils ne se sont pas prononcés sur une reprise de travail. De surcroît, le dossier ne contient aucun renseignement médical concernant l'évolution de l'état de santé du recourant durant l'année 2006. Enfin, il y a lieu de relever que le recourant présente deux affections nouvelles, à savoir une hépatite C active ainsi qu'une ostéoporose, dont on ignore si elles ont des conséquence sur sa capacité de travail. S'agissant de la malformation du bras gauche, le dossier est muet sur ce point. Ainsi, rien au dossier ne permet de fixer une reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée en décembre 2005 comme le fait le SMR. 7. Le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, par trop lacunaire. La cause est en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire. Les médecins devront se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant au regard de l'ensemble de ses atteintes à la santé, décrire les limitations fonctionnelles, dire depuis quand une reprise de travail est exigible, dans quelle activité et à quel taux. Le cas échéant, l'intimé devra examiner si des mesures professionnelles devront être mises en place. 8. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). 9. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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