

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1363/2009

ATAS/1683/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 17 décembre 2009**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié aux ACACIAS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né en 1949, a occupé divers postes de manœuvre jusqu'en 1992, année durant laquelle il été licencié pour raisons économiques.
2. En juin 1993, le diagnostic de gonarthrose du genou droit a été posé par le Dr A\_\_\_\_\_, chirurgien, après que l'assuré a chuté dans des escaliers.
3. Du 14 mars au 15 avril 1994, l'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation de Bellikon (CRR). Dans leur rapport de sortie du 10 avril 1994, les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une contusion du genou droit sur gonarthrose interne pré-existante. Ils ont estimé que le patient pouvait sans autre reprendre son travail mais lui ont cependant recommandé de rechercher un poste adapté, par exemple manœuvre dans une activité légère.
4. Le 11 novembre 1994, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Caisse nationale suisse en cas d'accidents [SUVA]), a procédé à l'examen final de l'assuré. Il a décrit un status clinique et objectif relativement pauvre et conseillé à l'assuré d'éviter de marcher ou rester debout plus de deux heures d'affilée, de rester assis le genou fléchi et sans changer de position plus d'un quart d'heure, de s'accroupir ou de s'agenouiller, de descendre ou monter fréquemment des escaliers, ou encore de porter des charges importantes. Le Dr D\_\_\_\_\_ a jugé que, dans ces conditions, l'assuré pourrait travailler à plein temps et sans diminution de rendement.
5. En décembre 1994, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Ce dernier l'a rejetée par décision du 4 novembre 1998. L'OAI a évalué le degré d'invalidité à 26% et considéré que les activités que pourrait exercer l'assuré ne nécessitaient aucun apprentissage autre qu'une mise au courant. La possibilité d'une aide au placement a été réservée, pour autant que l'assuré en fasse la demande. Cette décision reposait notamment sur les éléments suivants :
  - un rapport d'observation professionnelle rendu le 21 mars 1996 par le Centre d'Intégration professionnelle (CIP), concluant que l'atteinte du genou n'avait que de légères répercussions sur les aptitudes physiques de l'intéressé et que la possibilité pour ce dernier de travailler à plein temps était bien réelle, avec un rendement normal après une mise au courant et un réentraînement à l'effort de trois mois au maximum;
  - un rapport établi le 3 avril 1997 par la Fondation PRO auprès de laquelle l'assuré avait suivi une mesure de réentraînement à l'effort du 7 octobre 1996 au 6 avril 1997, dont il ressortait que sa capacité de travail était entière dans

une activité compatible avec son atteinte, telle que celle d'ouvrier d'usine, au sein d'une unité de production, sur des travaux sériels de manutention légère, sans port de charges et offrant idéalement la possibilité d'alterner les positions;

- un rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI établissant le degré d'invalidité de l'assuré à 26%, après comparaison du salaire que l'assuré réalisait en tant qu'ouvrier de chantier, soit 53'000 fr., à celui qu'il pourrait théoriquement obtenir en exerçant une activité adaptée, soit 39'000 fr.;

- un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 10 septembre 1997 concluant que l'entorse bénigne du genou droit était totalement guérie et que le syndrome douloureux allégué était en nette discrédance avec les constatations cliniques, lesquelles ne permettaient de trouver aucune étiologie aux douleurs;

- la décision rendue en date du 3 octobre 1997 par la SUVA, laquelle a considéré que l'assuré ne présentait plus ni séquelles consécutives à l'accident, ni atteinte à l'intégrité, ni invalidité, décision confirmée sur opposition puis par le Tribunal administratif.

6. La décision de l'OAI du 4 novembre 1998 a été confirmée en date du 4 février 2000 par la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité.

7. Le 23 mars 2000, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations en invoquant une dépendance à l'alcool et un état dépressif. Cette demande a été rejetée par l'OAI par décision du 6 décembre 2002, sur la base des éléments suivants :

- un rapport établi le 4 mai 2001 par le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré depuis février 2000, concluant à l'incapacité totale de travail de son patient depuis 1993 en raison d'un trouble douloureux somatoforme chronique, d'un alcoolisme chronique, d'une contusion et d'une gonarthrose du genou droit; le médecin ajoutait qu'il y avait sans doute également des éléments dépressifs mais que ces derniers étaient masqués par la consommation d'alcool, laquelle allait en s'aggravant; selon lui, les douleurs au genou rendaient impossible toute reprise du travail dans la construction alors même que son patient ne pouvait imaginer faire autre chose;

- un courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 20 août 2001, précisant que l'incapacité de travail dont il avait fait état depuis 1993 ressortait de l'anamnèse, que l'état du genou de son patient ne s'était pas modifié depuis 1998 et que l'aggravation de l'état de santé dont il avait fait état était motivée par la péjoration de l'état dépressif et l'augmentation de la consommation d'alcool;

- une expertise réalisée le 6 juin 2002 par l'Unité d'alcoologie de la Polyclinique de médecine de l'hôpital cantonal (HUG) retenant les diagnostics de consommation d'alcool nuisible à la santé, alcoolo-dépendance probable et syndrome fémoro-patellaire; le pronostic relatif à l'alcoolo-dépendance était mauvais dans la mesure où l'assuré refusait d'en parler et vivait dans un réseau social relativement réduit; sur le plan physique, les médecins estimaient que les limitations étaient restreintes puisque les divers examens cliniques pratiqués concordent et concluaient que la mobilité du genou restait tout à fait acceptable; ces limitations consistaient dans l'obligation d'éviter de conserver une même position et de marcher longuement; en revanche, sur le plan psychique, les limitations étaient plus sérieuses mais aucun diagnostic psychiatrique avéré n'avait été retenu; enfin, les limitations sur le plan social étaient qualifiées de majeures, notamment en raison de difficultés linguistiques; les experts ont estimé qu'au vu du syndrome douloureux du genou droit, une reprise d'activité dans un travail du bâtiment impliquant le port de charges était impossible; ils ont émis l'avis que la meilleure analyse de la capacité résiduelle de travail figurait au rapport de la Fondation PRO et qu'il existait une capacité résiduelle de travail indiscutable si tant est qu'un poste de travail adapté puisse être trouvé; selon les médecins, l'assuré pourrait alors atteindre un rendement acceptable, étant précisé toutefois qu'il n'avait aucun intérêt pour de telles activités et ne serait donc pas motivé; les médecins estimaient que l'intoxication alcoolique chronique était un facteur aggravant, mais qu'elle n'avait cependant pas encore de répercussions directes sur l'état psychique et physique du patient, que les atteintes physiques restaient assez modestes; sur le plan psychique, il n'y avait ni dépression, ni troubles de la personnalité avérés.

8. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales, par arrêt du 17 mars 2005 (ATAS/200/2005), a confirmé la décision de l'OAI du 6 décembre 2002. Il a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise réalisé auprès de l'unité d'alcoologie. Se fondant dès lors sur les conclusions du rapport de la Fondation PRO et des experts, le Tribunal a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans un poste adapté c'est-à-dire permettant d'éviter les positions statiques et la marche prolongée.
9. Le 13 avril 2006, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI qui l'a rejetée par décision du 15 juin 2006, puis par décision sur opposition du 25 septembre 2006. Ce refus se basait sur le fait que l'assuré n'avait mentionné aucune aggravation de son état de santé, qu'une orientation professionnelle ne semblait pas indiquée dans la mesure où les stages mis sur pied dans le cadre de l'instruction des précédentes demandes de prestations avaient déjà confirmé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, qu'un reclassement n'entraîne pas non plus en ligne de compte puisque une simple mise au courant devait suffire et qu'au surplus, l'aide au placement, bien qu'évoquée à deux

reprises dans les décisions précédentes n'avait jamais été concrètement demandée par l'assuré. Ce dernier avait été adressé à la division de réadaptation professionnelle, qui lui avait proposé d'entamer des recherches d'emploi et de faire le point un mois plus tard mais l'assuré était alors revenu sur sa position en alléguant que, dans son état, il ne pouvait effectuer de telles recherches.

10. Le 17 mars 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une quatrième demande de prestations.
11. Par courrier du 18 mars 2008, l'OAI lui a expliqué que la demande de révision devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits et lui a imparti un délai au 20 avril 2008 pour produire les documents en ce sens.
12. En juin 2008, l'assuré a produit les documents suivants :

- un rapport adressé le 28 juillet 2005 à son médecin traitant par le Dr F\_\_\_\_\_, du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, suite à une consultation pour des problèmes de nualgies et de gonalgies droites. Il en ressort que la radiographie du genou droit montrait très peu de signes dégénératifs, que l'assuré avait abandonné toutes ses activités sportives mais arrivait encore à se promener pendant une heure et demie tous les jours, que la marche se faisait sans cannes, qu'une médication simple d'antidouleurs suffisait à le soulager partiellement, que la radiographie de la colonne cervicale montrait une spondylarthrose C2-C3 avec une certaine instabilité mais avec un espace intersomatique encore très bien conservé. Le médecin concluait à une arthrose débutante.

- un courrier adressé en date du 29 novembre 2007 par le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, à son médecin traitant, le Dr H\_\_\_\_\_. Il en ressort que ce dernier avait adressé l'assuré au Dr G\_\_\_\_\_ en raison d'une douleur sur la face latérale de la jambe droite survenue deux mois plus tôt. Le Dr G\_\_\_\_\_ disait avoir constaté à l'examen des membres inférieurs symétriques, sans œdèmes ni troubles trophiques, sans anomalie veineuse ou artérielle à l'écho-doppler. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait finalement conclu à une hernie piésogénique des jambes dont il avait précisé qu'il n'était pas sûr qu'elle soit responsable de la symptomatologie douloureuse. Il avait également évoqué un possible syndrome radiculaire.

13. Le Dr H\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a rédigé en date du 17 septembre 2008 un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel il conclut à un alcoolisme, à une dépression nerveuse présente depuis l'âge de 14 ans, à une spondylarthrose C2-C3 présente depuis 2007, à une arthrose de la hanche droite, à une instabilité du ligament croisé antérieur droit, à un syndrome douloureux patellaire, à une hernie

présogénique des jambes depuis 2007 et à une méniscope du coin postérieur du ménisque externe droit. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail ; une stéatose hépatique alcoolique, une lombo-sciatique, une bronchite et une rhinite chroniques, une pneumopathie obstructive avec oppression du thorax et avec un syndrome de angor pectoris silencieux. Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 7 octobre 2002.

14. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr I \_\_\_\_\_, du service médical régional AI (SMR), qui, dans un avis du 6 janvier 2009, a relevé que le rapport du médecin traitant n'était qu'une liste de diagnostics dont nombreux n'étaient pas incapacitants au sens de l'AI (la méniscope, la stéatose ou la pneumopathie) et dont d'autres, tels que l'alcoolisme chronique et la dépression, avaient déjà fait l'objet d'expertises depuis lesquelles aucune aggravation n'était mentionnée. Il a ajouté que l'affection du genou était connue de longue date et qu'aucun élément clinique ou paraclinique ne démontrait d'aggravation. Quant à l'arthrose de la hanche droite, la spondylarthrose C2-C3, la lombosciatique et l'angor silencieux, ils n'étaient pas documentés et ne pouvaient donc être qualifiés d'incapacitants.
15. Le 19 février 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que les éléments médicaux recueillis lors de l'instruction ne mettaient pas en évidence d'atteintes à la santé entraînant une incapacité durable.
16. Le 26 mars 2009, une décision formelle a été rendue en ce sens.
17. Par écriture du 15 avril 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue que cela fait seize ans qu'il n'a plus travaillé, qu'il a atteint l'âge de 60 ans et qu'il est manifeste qu'il ne peut plus se réinsérer sur le marché du travail. Il demande une étude plus approfondie de son dossier, notamment sur le plan psychique.
18. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 28 mai 2009, a conclu au rejet du recours.

Il allègue que la comparaison des documents médicaux ne fait apparaître aucune aggravation notable de l'état de santé du recourant, relève que les documents produits à l'appui de la nouvelle demande sont antérieurs à la décision du 25 septembre 2006, que l'incapacité de travail complète retenue par le médecin traitant n'est pas relevante dans la mesure où ce dernier la fait remonter à octobre 2002 déjà et que tant les diagnostics posés que les limitations fonctionnelles qui en découlent sont superposables ceux qui prévalaient au moment de la précédente décision entrée en force.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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).

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.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la dernière décision entrée en force - soit depuis le 25 septembre 2006 - au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. 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. 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 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 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).

6. 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'assurée 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).

7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. 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).

9. 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.

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; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. En l'espèce, la dernière décision rendue par l'Office et entrée en force a été rendue en date du 25 septembre 2006, à compter de laquelle il y a donc lieu de vérifier si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. L'intimé a considéré qu'une telle aggravation avait été rendue plausible, puisqu'il a accepté d'entrer en matière.

Il a cependant ensuite rejeté la demande au motif que de nombreux diagnostics n'étaient pas incapacitants, que d'autres avaient déjà fait l'objet d'une évaluation et que l'arthrose à la hanche, la spondylarthrose des cervicales la lombosciatique et l'angor silencieux n'étaient pas documentés. Il a ajouté que les documents produits étaient antérieurs à sa dernière décision.

S'il est vrai que tel est le cas du rapport du Dr F\_\_\_\_\_, il n'en va pas de même du courrier du Dr G\_\_\_\_\_ et du rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Or, c'est de ce dernier rapport que ressortent un certain nombre de diagnostics évoqués pour la première fois, au nombre desquels, précisément, une arthrose de la hanche droite, une spondylarthrose C2-C3, une lombosciatique et un angor silencieux. Si l'arthrose a certes été qualifiée de débutante par le Dr F\_\_\_\_\_ en 2005, il n'a été procédé à aucune investigation depuis, de sorte qu'on ignore à quel stade elle se trouve désormais. Quant aux autres diagnostics, le médecin traitant n'a effectivement donné aucun détail sur leur degré de gravité et leurs répercussions. Cependant, dans la mesure où l'intimé a accepté d'entrer en matière, il ne pouvait se contenter de conclure que de telles atteintes n'étaient pas incapacitantes parce qu'insuffisamment documentées. Il lui appartenait de procéder à des investigations pour déterminer leur degré de gravité et leur influence éventuelle sur la capacité de travail de l'assuré.

En l'absence du moindre renseignement sur ce plan, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de dire si l'état de l'assuré s'est aggravé de sorte à influencer son droit aux prestations.

Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer si les atteintes dégénératives invoquées par le recourant ont aggravé son état de santé de manière à influencer sa capacité de travail et son droit aux prestations. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'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 partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir procédé à des investigations supplémentaires se détermine sur l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 26 mars 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le