

GE_GERICHTE ATAS/318/2009 vom 17. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_318_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/318/2009 du 17 mars 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/318/2009 del 17 marzo 2009

Erwägungen

E. 4

Par projet de décision du 22 novembre 2006 confirmé par décision du 8 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

E. 5

L'assuré a interjeté recours contre la décision précitée et a produit une attestation du 19 septembre 2007 des Drs N_____ et O_____, médecins au Service de Cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), indiquant que l'assuré était suivi par leur Service pour une affection cardiaque majeure affectant sa capacité fonctionnelle ainsi que son pronostic vital. Il devait bénéficier prochainement d'une intervention chirurgicale. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 27 novembre 2007, lors de laquelle ont été entendus les Drs L_____ et N_____. Le Dr L_____ a déclaré qu'il avait été le médecin traitant de l'assuré jusqu'à fin 2005. A la demande du Tribunal, il a précisé que : "lorsque j'ai établi le rapport du 29 avril 2005, l'état de Monsieur F_____ du point de vue cardiaque était réellement préoccupant à tel point que tout effort physique était exclu. C'est la raison pour laquelle j'ai répondu par la négative à toutes les questions concernant les capacités professionnelles. Monsieur F_____ a souffert d'une insuffisance cardiaque très sévère liée à une consommation d'alcool. Son état devait s'améliorer après six mois d'abstinence. Le lien thérapeutique a toutefois été rompu peu avant. Le lien thérapeutique a été rompu parce que le patient n'adhérait pas complètement au traitement médicamenteux et aux exigences demandées concernant l'alcool. J'apprends que l'expert mandaté par l'OCAI avait fixé à 100% la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Je considère qu'une telle évaluation est exagérée. Je fixerais quant à moi un taux de 50% au maximum. Ce taux me paraît plus réaliste et tient compte non seulement des problèmes cardiaques mais également des autres atteintes dont souffre l'assuré".

A/3617/2008 - 4/12 - Quant au Dr N_____, il a indiqué qu'il voyait l'assuré une fois par mois ou tous les deux mois depuis octobre 2006. Il a précisé que l'insuffisance cardiaque dont celui-ci souffrait était actuellement modérée à sévère, voire sévère. Il a expliqué que l'alcoolisme pouvait provoquer une insuffisance cardiaque, mais qu'il n'en était pas nécessairement le facteur étiologique, qu'en cas d'abstinence, on peut s'attendre à une amélioration de l'état cardiaque, mais que tel n'avait pas été le cas pour l'assuré. Selon lui, la capacité de travail dans une activité sans efforts physiques pouvait être de 100%, si l'on ne tient compte que des problèmes cardiaques. Il a enfin informé le Tribunal de ce que, vu la persistance de l'insuffisance cardiaque, il avait été décidé de procéder à une intervention chirurgicale, soit l'implantation d'un défibrillateur, agissant également comme pace maker. Tout pronostic à cet égard était prématuré. Lors de la comparution personnelle qui s'est tenue le même jour, l'assuré a produit un résumé de consultation établi le 29

octobre 2007 par un médecin du Centre d'Accueil et d'Urgences des HUG, qu'il avait consulté en raison d'une crise de goutte.

E. 6

Par arrêt du 18 décembre 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Il a notamment considéré que le rapport d'expertise du Dr M_____ avait pleine valeur probante et que les appréciations des médecins traitants n'étaient pas de nature à mettre en doute ses conclusions. Il a également confirmé que le degré d'invalidité était nul.

E. 7

En date du 19 mars 2008, le Dr P_____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne, a informé l'OCAI qu'il était le nouveau cardiologue traitant, que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son activité de maçon et que dans le cadre d'une éventuelle réadaptation, il attirait l'attention de l'OCAI sur le fait que son patient était illettré. Il a notamment joint à son courrier : - un rapport du 25 octobre 2007 du Service de Cardiologie des HUG, duquel il ressort que l'assuré avait été hospitalisé du 15 au 17 octobre 2007 pour subir une intervention chirurgicale destinée à l'implantation d'un défibrillateur avec resynchronisation cardiaque. Les diagnostics retenus étaient une « cardiomyopathie dilatée d'origine rythmique et possiblement OH avec ventricule gauche discrètement dilaté et fraction d'éjection modérément à sévèrement diminuée » et une fibrillation auriculaire chronique ; - une attestation du 20 février 2008 du Dr P_____ expliquant que l'assuré avait dû être hospitalisé en octobre 2007 en raison d'un essoufflement à l'effort invalidant et de malaises avec pertes de connaissance. Une échocardiographie effectuée en décembre 2007 avait montré la présence d'une dilatation de toutes les cavités cardiaques gauches et droites ainsi qu'une nette diminution de la contractilité du muscle cardiaque. Selon le médecin, une réadaptation

A/3617/2008 - 5/12 - professionnelle ne pouvait être envisagée que si l'activité ne requérait pas d'effort physique significatif.

E. 8

Le 15 avril 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de non entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était modifié de manière essentielle.

E. 9

Par courrier du 15 mai 2008, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet précité ; son état de santé s'était détérioré depuis le mois de janvier 2007, preuve en est qu'il avait dû subir une intervention chirurgicale en raison de graves problèmes cardiaques. Il a produit : - deux certificats des 25 et 29 avril 2008 du Dr Q_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, celui-ci souffrant d'insuffisance cardiaque grave, de fibrillation auriculaire, de dyspnée au moindre effort, d'hyperuricémie, de crises de goutte invalidantes du pied gauche et de douleurs dégénératives du système ostéo- articulaire. L'assuré présentait, selon lui, une totale incapacité de travail quelle que soit l'activité lucrative envisagée et l'exécution de travaux même légers l'exposait à un danger réel pour sa santé ; - une attestation du 2 mai 2008 du Dr P_____, qui déclarait avoir reçu l'assuré en consultation en semi-urgence en date du 28 avril 2008 et avoir constaté l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs et une dyspnée au moindre effort. Son examen clinique avait mis en exergue une

décompensation cardiaque gauche témoignant de la péjoration actuelle de l'état myocardique et de l'insuffisance cardiaque.

E. 10

Le 30 mai 2008, le Dr Q _____, médecin au Service médical régional AI (ci- après SMR), a relevé que l'insuffisance cardiaque s'était aggravée depuis le 28 avril 2008 et qu'il y avait lieu de se tenir informé du maintien de cette aggravation à fin juillet 2008. Si tel ne devait pas être le cas, la capacité de travail de l'assuré devrait être considérée comme totale dans toute activité légère.

E. 11

Le 31 juillet 2008, l'OCAI a ainsi sollicité du Dr P _____ des renseignements concernant l'état de santé de l'assuré depuis le 28 avril 2008, et l'a invité à confirmer que l'aggravation alléguée s'était maintenue au-delà de cette date.

E. 12

Par rapport intermédiaire du 11 août 2008, le Dr P _____ a retenu les diagnostics de chondrocalcinose du genou gauche et des deux chevilles depuis mai 2008 et a souligné qu'il n'y avait pas eu d'évolution sur le plan cardiaque. Il a précisé qu'il existait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis les mois de mars-avril 2008 et a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis lors. Il considérait les difficultés à la marche ainsi que la dyspnée de l'assuré comme des limitations fonctionnelles. L'assuré présentait, selon lui, une totale incapacité de

A/3617/2008 - 6/12 - travail dans son activité de maçon ainsi que dans toute autre activité et ce de manière définitive. A son rapport étaient joints : - un rapport du 4 juin 2008 du Service de Médecine Interne de Réhabilitation de Beau-Séjour, attestant de l'hospitalisation de l'assuré du 19 au 31 mai 2008, celui-ci ne pouvant plus marcher. Les médecins ont posé le diagnostic principal de crise de chondrocalcinose du genou gauche et des deux chevilles et le diagnostic secondaire d'épisode de bradycardie (« FA à réponse ventriculaire gauche ») ; - un rapport du 26 juin 2008 de la Dresse R _____, médecin au Centre d'Accueil et d'Urgences des HUG, diagnostiquant une chondrocalcinose du genou et de la cheville gauches et constatant que les douleurs de l'assuré y étaient à nouveau présentes.

E. 13

Par décision du 4 septembre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 15 avril 2008. Il a notamment constaté que le Dr P _____ avait attesté de l'état de santé stationnaire de l'assuré au niveau cardiaque, de sorte qu'il devait être conclu que son état de santé demeurerait inchangé depuis sa décision du 8 janvier 2007 et qu'il présentait une totale capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 14

Par acte du 8 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée sollicitant, principalement, son annulation ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise concernant sa capacité de travail. Il a notamment soutenu que l'OCAI n'avait pas tenu compte des conclusions des Drs Q _____ et P _____.

E. 15

Par préavis du 5 novembre 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Le Dr P _____ n'avait fait état d'aucun élément nouveau et avait attesté, en juillet 2008, d'un état de santé stationnaire, de sorte que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification objective de sa situation depuis le 8 janvier 2007.

E. 16

Suite à la transmission de l'écriture de l'OCAI à l'assuré, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

A/3617/2008 - 7/12 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Est litigieux, en l'espèce, le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré tendant à la modification de la décision de refus de prestations d'invalidité (rente et reclassement) du 8 janvier 2007 entrée en force. 5. 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. 87 al. 3 et 4 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 125 V 410 consid. 2b). 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). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au

A/3617/2008 - 8/12 - 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références). 6. Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, 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. 7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme

A/3617/2008 - 9/12 - rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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). 8. Dans sa première décision du 8 janvier 2007, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations, décision qui a été confirmée par le Tribunal de céans le 18 décembre 2007. L'OCAI s'était basé sur le rapport du Dr M_____, spécialiste en médecine interne, qui a posé, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une cardiomyopathie dilatée probablement d'origine mixte, rythmique et toxique depuis décembre 2002, ainsi qu'une fibrillation auriculaire chronique, non datable et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après arthrite du genou gauche d'origine indéterminée (2003 et 2004), un status après pneumonie droite (2005), un tabagisme et un alcoolisme chroniques. Le médecin a considéré que la cardiomyopathie était à l'origine d'une incapacité de travail entière dans la profession de maçon, mais que l'assuré pouvait travailler à temps complet dans une activité sans port de charges et sans efforts soutenus. Aucune autre limitation fonctionnelle significative découlant d'autres atteintes à la santé n'était à prendre en considération. Au mois d'octobre 2007, l'assuré avait subi une intervention chirurgicale lors de laquelle un défibrillateur avec resynchronisation cardiaque lui a été implanté. Le Dr P_____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, a, aux mois de février et mars 2008, précisé qu'une échocardiographie de décembre 2007 avait confirmé la présence d'une dilatation de toutes les cavités cardiaques gauches et droites et une diminution de la contractilité du muscle cardiaque. D'après lui, une réadaptation professionnelle dans une activité ne nécessitant pas effort physique significatif était envisageable, conclusion qui concordait avec les déclarations faites par le Dr N_____ lors de l'audience d'enquêtes du 19 septembre 2007. 9. Dans le cadre de la révision du dossier par l'OCAI, le Dr Q_____, médecin traitant de l'assuré a, au mois d'avril 2008, attesté que celui-ci souffrait

A/3617/2008 - 10/12 - d'insuffisance cardiaque grave, de fibrillation auriculaire, de dyspnée au moindre effort, d'hyperuricémie, de crises de goutte invalidantes du pied gauche et de douleurs dégénératives du système ostéo-articulaire, de sorte que son état de santé s'était aggravé et qu'il présentait une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative, même légère. Quant au Dr P_____, il a, en date du 2 mai 2008, certifié avoir vu l'assuré le 28 avril 2008, consultation lors de laquelle il a constaté l'aggravation de l'état myocardique et de l'insuffisance cardiaque de l'assuré et noté l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs et d'une dyspnée au moindre effort. Interrogé par l'OCAI sur le maintien de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis sa consultation du 28 avril 2008, le Dr P_____, a, par rapport du 11 août 2008, déclaré qu'il n'y avait pas eu d'évolution sur le plan cardiaque et que son état de santé était resté stationnaire depuis lors. Selon ce médecin, l'aggravation de l'état de santé datait des mois de mars-avril 2008 et l'incapacité de travail était totale de manière définitive que ce soit dans l'activité de maçon ou dans toute autre activité. Le médecin avait, enfin, retenu les diagnostics supplémentaires de chondrocalcinose du genou gauche et des deux chevilles. Les limitations fonctionnelles concernaient la marche ainsi qu'une dyspnée. D'après l'OCAI, aucun élément médical nouveau ne ressortait des déclarations des médecins. Il a relevé que le Dr Q_____ avait certes mis en exergue une aggravation de l'état de santé de l'assuré au niveau cardiaque, mais que le Dr P_____ avait, quant à lui, déclaré qu'il ne s'était pas modifié. L'OCAI a ainsi conclu que son état de santé demeurait identique à celui constaté au moment de sa première décision du 8 janvier 2007, de sorte que sa capacité de travail demeurait entière dans une activité lucrative adaptée. 10. Le Tribunal de céans constate que

si tant le Dr Q _____ que le Dr P _____ sont des médecins traitants de l'assuré, qui pourraient être enclins, d'après la jurisprudence, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier, le Dr Q _____ est généraliste alors que le Dr P _____ est spécialiste en cardiologie. 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). S'il y a, certes, lieu d'admettre que les certificats médicaux succincts du Dr Q _____ ne permettent pas à eux seuls de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé de l'assuré, il n'en va cependant pas de même des rapports du Dr P _____. En effet, celui-ci a, en date du 5 mai 2008, attesté de l'aggravation de l'état myocardique et de l'insuffisance cardiaque dès le 28 avril 2008. En août 2008, le Dr P _____ a alors confirmé l'aggravation survenue dès avril 2008, indiquant qu'il n'y avait eu aucune évolution depuis lors sur le plan

A/3617/2008 - 11/12 - cardiaque. On ne comprend dès lors pas comment l'OCAI peut soutenir qu'il n'existerait aucun élément médical nouveau et que l'état de santé de l'assuré serait resté identique depuis le 8 janvier 2007. L'OCAI a, selon toute vraisemblance, sorti le dernier rapport du Dr P _____ de son contexte. Ce rapport doit être lu à la lumière de son précédent rapport et de la question, basée sur les instructions du médecin du SMR, qui lui a été posée par l'OCAI, à savoir « Pourriez-vous nous renseigner sur l'évolution de l'atteinte à la santé de la personne susnommée depuis votre courrier du 02.05.2008 ? Notamment est-ce que l'aggravation du 28.4.2008 se maintient ? » Aussi ne fait-il aucun doute que le Dr P _____ confirme le 11 août 2008 que l'aggravation survenue dès le mois d'avril 2008 s'est maintenue. Il faut également souligner que le Dr P _____ a conclu en août 2008 qu'il excluait que l'assuré puisse reprendre une activité lucrative quelconque dans l'avenir, alors qu'au début de l'année 2008, il envisageait encore une réadaptation professionnelle dans une activité sans effort physique. Cela réaffirme la position du Dr P _____, selon laquelle l'état de santé de l'assuré s'est péjoré dès avril 2008. Du reste, dans son avis de mai 2008, le Dr Q _____ du SMR avait relevé l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, dont il y avait lieu de vérifier le maintien en juillet 2008. Le Tribunal de céans considère ainsi qu'au vu des rapports concordants des médecins de l'assuré, une aggravation de l'état de santé cardiaque susceptible d'influencer son droit aux prestations a été rendue plausible. L'OCAI se devait d'entrer en matière sur la demande de prestations. Le recours sera, par conséquent, admis et la cause renvoyée à l'OCAI, qui devra entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré et instruire notamment la question de l'aggravation de l'état myocardique et de l'insuffisance cardiaque, afin de déterminer sa capacité de travail. 11. L'assuré obtenant gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés, en l'espèce, à 750 fr..

A/3617/2008 - 12/12 -

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