

GE_GERICHTE ATAS/893/2011 vom 28. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_893_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/893/2011 du 28 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/893/2011 del 28 settembre 2011

Erwägungen

E. 7

Le 26 janvier 2011, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, indiquant qu'il était en arrêt de travail à 100% depuis le 13 janvier 2010 et que durant les années 2005 à 2009 il avait travaillé en dents de scie.

E. 8

Par courrier du 28 janvier 2011, l'OAI a demandé à l'assuré de lui faire parvenir tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation.

E. 9

Le 22 février 2011, l'assuré a répondu qu'il ne parviendrait pas à transmettre un rapport médical dans le délai imparti et a demandé un délai supplémentaire pour permettre à son médecin, le Dr C_____, d'établir ledit rapport.

E. 10

Par courrier du 23 février 2011, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 4 mars 2011 pour le retour des documents demandés, à défaut de quoi il se verra contraint de statuer en l'état du dossier et de décider de ne pas entrer en matière.

E. 11

Le 1er avril 2011, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus d'entrée en matière.

E. 12

Par courrier du 13 avril 2011, l'assuré a répondu que son médecin traitant l'avait prévenu qu'il adressera dans la semaine un rapport le concernant à l'OAI.

E. 13

Le 19 avril 2011, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI aux termes duquel l'assuré présente une aggravation de son état de santé avec incapacité de travail de 100% depuis le

E. 14

Dans un avis du 8 juin 2011, le SMR relève que les diagnostics sont identiques à l'instruction précédente et que les éléments cliniques présentés par l'actuel psychiatre traitant sont insuffisants, de sorte qu'il ne peut pas modifier ses conclusions figurant sur son rapport du 22 février 2008.

E. 15

Par décision du 23 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, motif pris que la situation médicale de l'assuré ne s'était pas modifiée et qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait. Sa capacité de travail est estimée entière dans toute activité depuis toujours.

E. 16

Par acte du 8 juillet 2011, l'assuré interjette recours contestant la décision de refus de rente. Il explique que sa première demande de prestations lui avait été imposée par son employeur et qu'il avait tout fait pour qu'elle n'aboutisse pas. Actuellement, il est gravement atteint dans sa santé. Il expose qu'il a exercé son activité durant 25 ans et 18 ans en cours du soir, en cumul, et que s'il en était capable encore actuellement, il travaillerait. Il a sollicité la reconsidération du refus de prestations, demandant de bien vouloir entendre son médecin traitant, le Dr C_____. Il se tenait par ailleurs à disposition pour un nouvel examen médical et pour d'éventuels renseignements complémentaires.

E. 17

Dans sa réponse du 3 août 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que le recourant n'invoque en l'état aucun argument permettant de faire une appréciation différente du cas.

E. 18

Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 septembre 2011, le recourant a expliqué qu'il était en arrêt de travail à 100% depuis le 14 janvier 2010 alors qu'il avait pu reprendre auparavant son activité d'enseignant au CEPT à 100%. Il est suivi par le Dr C_____ à raison de plusieurs fois par semaine, voire toutes les trois semaines, en fonction de son état de santé. Il a expliqué que c'est son directeur qui l'a obligé à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité. De son côté, il a tout fait pour ne pas être à l'AI. Il avait repris son travail, mais la situation a changé et il y a d'autres événements qui sont survenus expliquant sa rechute. La représentante de l'OAI a indiqué que de son point de vue, la décision rendue aurait dû être un refus d'entrée en matière.

E. 19

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

A/2156/2011 - 5/8 - 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LAI ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10) 4. L'objet du litige - déterminé par la décision querellée - porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 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, son impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). 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, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3). Il sied encore de préciser que les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117

A/2156/2011 - 6/8 - V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure. 6. En l'occurrence, après avoir donné un délai au recourant pour produire tous documents utiles permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et pris connaissance du rapport du Dr C_____, l'intimé a rejeté la demande de prestations, considérant que la situation médicale ne s'était pas modifiée et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. Selon l'intimé, la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité depuis toujours. Ce faisant, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant. Il convient par conséquent d'examiner si l'invalidité du recourant s'est modifiée dans une mesure susceptible d'influencer ses droits. 7. Selon le rapport du Dr C_____, daté du 19 avril 2011, le recourant présente une aggravation de son état de santé. Si les diagnostics mentionnés (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, trouble mixte de la personnalité et trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline) apparaissent identiques à ceux précédemment retenus par la Dresse B_____, il n'en va pas de même des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail du recourant. En effet, le psychiatre traitant actuel atteste une incapacité de travail de 100 % depuis le 14 janvier 2010. Or, la Cour de céans relève

que dans son rapport du 7 janvier 2008, la Dresse B _____, précédente psychiatre traitant, indiquait que la capacité de travail dans l'activité d'enseignant était alors de 100 %, précisant toutefois que le recourant avait présenté dans le passé une diminution de rendement et que la baisse de concentration et l'anxiété avaient un impact sur la concentration et la performance en classe lors de l'enseignement. Quant au recourant, il a expliqué qu'il avait effectivement repris son travail à plein temps, mais que de nouveaux événements étaient survenus, expliquant sa rechute. Il était en arrêt de travail total depuis mi-janvier 2010. Il apparaît ainsi que l'état de santé psychique du recourant a entraîné depuis le début de l'année 2010 des répercussions sur sa capacité de travail, qui est nulle, et que cette incapacité de travail perdure encore à ce jour. Cela étant, la Cour de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant à l'atteinte à la santé et ses répercussions sur la capacité de travail du recourant sur la base du seul rapport du psychiatre traitant. L'intimé n'a en effet procédé à aucune mesure d'instruction permettant de déterminer si la modification

A/2156/2011 - 7/8 - de l'invalidité alléguée s'est effectivement produite et la problématique psychique n'a en particulier jamais fait l'objet d'investigations satisfaisantes. Par conséquent, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 8. Le recours, bien fondé, est admis. 9. Au vu de l'issue du litige, l'émolument, fixé à 200 fr, est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2156/2011 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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