

GE_GERICHTE A/4286/2008 vom 25. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4286_2008

FR: GE_GERICHTE A/4286/2008 du 25 mars 2009

IT: GE_GERICHTE A/4286/2008 del 25 marzo 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.03.2009
A/4286/2008

A/4286/2008 ATAS/363/2009 du 25.03.2009 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4286/2008
ATAS/363/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 5 du 25 mars 2009 En la cause Monsieur V _____, domicilié à GENEVE
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur V _____, né en 1968, employé de
bureau de formation, a travaillé en dernier lieu en tant que réceptionniste auprès de l'Hôtel
X _____ à Genève, du 19 octobre 1998 au 31 mai 1999. En arrêt de travail pour
maladie depuis le 28 avril 1999, il a déposé le 13 septembre 2000 une demande de
prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), tendant
à l'octroi d'une rente. Il souffrait de toxicomanie, d'alcoolisme, de déficience de l'œil
gauche et de bronchite chronique. Sa jambe gauche était en outre raide. En date du 31
décembre 2000, le Dr A _____, généraliste, a retourné à l'OCAI son rapport médical.
L'assuré, qu'il suivait depuis 1993, présentait une poly-toxicomanie depuis 1990, qui était
selon lui la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Il
avait pris sa dernière dose de méthadone le 25 février 2000, mais il n'était, très
vraisemblablement, pas abstinent d'autres substances licites ou illicites. Il l'avait revu une
dernière fois le 25 septembre 2000 pour son état anxieux mais à sa connaissance il n'était
pas suivi par un psychiatre. Les diagnostics retenus étaient une ancienne hépatite A, un
status après intervention chirurgicale du genou gauche, une personnalité anxieuse (CIM-10
F60.6), un syndrome de dépendance (CIM-10 F1x.2, F10, F11, F12, F13, F14), une
diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche et un trouble dépressif récurrent (CIM-10
F32.2). Interpellé par l'OCAI, le Dr B _____, psychiatre, a exposé dans un rapport
daté des 4 et 5 novembre 2002, qu'il avait pris en charge l'assuré le 27 juin 2002. Celui-ci
avait débuté la consommation d'alcool et d'haschisch à l'âge de 16 ans et de cocaïne dès 18
ans. A partir de l'âge de 20 ans, il avait consommé de l'héroïne pendant dix ans et avait
ensuite suivi une cure de méthadone chez le Dr A _____ de 1993 à février 2000, date
à laquelle il avait stoppé la consommation d'opiacés pour reprendre activement celle
d'alcool. S'agissant de la scolarité, l'assuré avait échoué à deux reprises en première année
du collège puis une fois encore en première année de l'école de commerce. Il avait ensuite
fait un apprentissage d'employé de bureau mais n'avait pas réussi les examens finaux ; il
n'avait obtenu son CFC qu'à l'âge de 30 ans. Au titre de diagnostics ayant une répercussion
sur la capacité de travail, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en
rémission (F 33.4), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F
10.25), un probable trouble de la personnalité, type anxieux (évitant : F 60.6), une
orientation sexuelle ego-dystonique (F 66.1) ; il souffrait aussi d'un certain nombre

d'affections somatiques invalidantes. L'impossibilité de poser avec certitude un diagnostic de trouble de la personnalité était liée au fait que le patient n'avait jamais eu une période d'abstinence (d'alcool ou de stupéfiants) de plus de trois mois depuis l'adolescence. S'agissant du traitement, l'assuré avait interrompu au mois d'août 2002 les séances hebdomadaires auxquelles il s'était rendu alcoolisé, mais les avait ensuite reprises et se présentait depuis lors sobre à ses rendez-vous. L'antidépresseur qui lui avait été prescrit avait contribué à la rémission des symptômes dépressifs en même temps qu'au sevrage d'alcool. Au vu de la multiplicité des problèmes tant physiques que psychiques observés, et compte tenu des faibles chances que le patient fût un jour sevré de toute substance, une incapacité de travail entière devait être admise de manière durable. Dans un avis du 26 août 2003, les Drs C_____ et D_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont exposé que les renseignements médicaux recueillis faisaient apparaître une toxicomanie essentiellement primaire, puisque l'assuré avait pu obtenir une formation avec CFC et avait pu travailler à plusieurs reprises dans des hôtels, quand il en était capable. Son état psychique s'améliorait sous traitement et en période d'abstinence. Quant aux atteintes à la santé somatiques, à la vue et aux genoux, elles étaient présentes depuis la jeunesse et n'avaient pas donné lieu à des incapacités de travail. En date du 16 octobre 2003, l'OCAI a signifié à l'assuré un refus de rente au motif que l'incapacité de travail était imputable essentiellement à une toxicomanie primaire non invalidante au sens de la loi. Par courrier du 7 novembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision. L'instruction médicale du dossier méritait d'être complétée, dès lors que son médecin traitant depuis son arrivée à Genève, le Dr E_____, n'avait pas été interpellé. En date du 27 avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition. Le Dr F_____ n'avait pas complété et retourné les rapports médicaux qui lui avaient été envoyés et n'avait fourni aucune information médicale, nonobstant un rappel le 18 mars 2004. Un courrier adressé à l'assuré le 23 avril 2004, l'invitant à intervenir auprès de son médecin traitant, était par ailleurs retourné à l'OCAI avec pour mention « adresse de l'envoi et de la boîte aux lettres ne concorde pas », alors même que l'adresse employée était celle toujours valable auprès de l'Office cantonal de la population. Dans ces circonstances, aucun élément nouveau n'était parvenu à l'OCAI de nature à modifier la décision du 16 octobre 2003. Le 18 août 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il alléguait être suivi depuis le 1^{er} octobre 2004 par le Dr G_____, médecin auprès de la Fondation PHENIX (ci-après : la fondation), un organisme spécialisé dans la prise en charge des personnes pharmacodépendantes. Le 14 septembre 2005, le service médical de la fondation a informé l'OCAI qu'il appuyait la demande de prestations de l'assuré, dès lors que, depuis le refus de rente en août 2003, on observait une modification importante de son état de santé. Les troubles psychiques constatés rendaient impossible une activité professionnelle. Une révision de la capacité de travail était par conséquent indiquée. Dans un rapport du 11 novembre 2005, le Dr G_____ a attesté que son patient, dont l'état de santé s'aggravait, souffrait de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10.26), d'un trouble dépressif récurrent dès l'adolescence (F 33.4), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cocaïne, actuellement abstinent (F11.20 et F14.20), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, actuellement en régime de maintenance (F 13.22), d'un trouble panique (F41.0) et d'un trouble de la personnalité de type évitant (F 60.6). Il présentait une incapacité de travail entière à compter de 1999. Depuis qu'il était suivi par la fondation (octobre 2004) on observait une abstinence complète de l'alcool, à l'exception d'une rechute en septembre

2005, et des toxiques. Un traitement antidépresseur avait permis un sevrage progressif des benzodiazépines, un contrôle des attaques de panique et une amélioration partielle de l'humeur. Il persistait néanmoins un handicap important dans la capacité relationnelle, une angoisse lors de la confrontation à des inconnus, des difficultés de concentration et de mémoire, une difficulté à maintenir l'abstinence à long terme malgré une « compliance » au traitement très bonne. L'incapacité de travail était entière malgré le traitement de la toxicomanie et une rente d'invalidité était justifiée. En date du 19 décembre 2006, le Dr H_____ du SMR a exposé que la situation était inchangée depuis la dernière décision. Les problèmes évoqués par les médecins interrogés étaient secondaires à des toxicomanies d'allure primaire et avaient déjà été pris en compte dans la décision initiale. Le Dr G_____ signalait une abstinence de tout toxique depuis octobre 2004 et la présence de troubles psychiatriques, sans toutefois préconiser une prise en charge psychothérapeutique. Quant au trouble de l'humeur, il avait déjà été pris en compte dans l'avis du SMR de 2003. Par projet de décision du 23 avril 2008, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation médicale s'était modifiée de manière essentielle et de nature à remettre en cause l'appréciation initiale. Le 23 mai 2008, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet de décision. Il était psychiquement incapable de travailler et était toujours suivi par la fondation. Il se tenait à disposition des organes de l'assurance-invalidité pour la mise en place d'une expertise. Dans un courrier du 6 octobre 2008, le Dr I_____, psychiatre au sein de la fondation, a attesté à l'attention de l'OCAI qu'il avait examiné l'assuré en date des 12 juin et 28 août 2008 et l'avait soumis à un certain nombre de tests. Il observait d'emblée que l'assuré était abstinent de tout toxique, y compris de l'alcool, depuis deux ans mais que, ce nonobstant, les diagnostics posés par les Drs B_____ et G_____ persistaient. Compte tenu notamment des scores réalisés aux tests effectués, il y avait lieu d'admettre une dépression récurrente sévère (F23.2), sans caractéristiques psychotiques, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse, grave et polymorphe sous forme de troubles panique avec agoraphobie sévère (F 41.0) et phobie sociale (F 40.1). De plus, le patient montrait un trouble de la personnalité évitant et dyssocial (F 60.2). Sur le plan de la personnalité, l'assuré montrait une indifférence envers les sentiments d'autrui, un mépris des normes et des règles sociales, une incapacité à maintenir durablement des relations et une très faible tolérance à la frustration avec des décharges de l'agressivité et un manque manifeste de tout engagement social y compris professionnel. Dans ce contexte et compte tenu de l'absence de conduite addictive actuelle, la toxicodépendance apparaissait secondaire aux troubles psychiques primaires. Les conditions d'une révision de la première décision de refus de rente apparaissaient ainsi réunies. Les Drs J_____ et K_____, tous deux médecins au SMR, ont rappelé en date du 29 octobre 2008 que le Dr H_____ du SMR avait constaté une situation inchangée depuis la dernière décision, dans son avis du 9 décembre 2006. Les nombreux diagnostics énumérés par le Dr I_____ n'étaient nullement étayés selon la CIM-10 ; il n'y avait notamment pas de status psychiatrique et l'assuré semblait surtout présenter une personnalité dyssociale qui ne l'avait toutefois pas empêché de travailler dans le passé. Partant, il n'y avait pas d'élément convainquant permettant de modifier les conclusions précédentes qui demeuraient valables. En date du 6 novembre 2008, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 18 août 2005. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si l'assuré rendait plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la décision sur opposition du 27 avril 2004, entrée en force ; or, tel n'était pas le cas en l'espèce. En particulier, le courrier de la

fondation du 6 octobre 2008 n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation du dossier. Par pli daté du 24 novembre 2008, mis à la poste le 25 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation. Il était incapable de travailler pour des raisons psychiatriques et il souhaitait pouvoir bénéficier d'une expertise indépendante destinée à évaluer objectivement son état de santé mental. Dans un préavis du 22 décembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours, pour les motifs déjà exposés dans la décision entreprise. En particulier, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire dès lors que le dossier comprenait suffisamment d'éléments permettant de nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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'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. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} 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). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès cette date dans la mesure de leur pertinence. Jusqu'au 31 décembre 2007, le droit aux prestations doit être déterminé en application des anciennes dispositions. Cela étant, les dispositions relatives à la procédure de révision et à l'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations après un premier refus (cf. art. 17 LPGA et 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]) n'ont pas été modifiés par cette nouvelle. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte en l'espèce sur la question de savoir si l'intimé a à juste titre refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, présentée le 18 août 2005, au motif que le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits. a) Selon l'art. 17 al. 1 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. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). b) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Il en va de même lorsqu'une rente ou

une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 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 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). c) Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a d'ailleurs modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 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 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), 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 LPG) - qui permet aux organes de l'AI 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, avec les références). d) L'exigence du 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 preuve 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 (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; 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). e) Enfin, 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). a) En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 6 novembre 2008 confirmant le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande du 18 août 2005 et les circonstances prévalant à l'époque

de la décision du 27 avril 2004, par laquelle l'intimé a confirmé, sur opposition, le refus d'allouer une rente d'invalidité. b) Dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr I _____, psychiatre auprès de la Fondation PHENIX, a adressé à l'intimé un courrier daté du 6 octobre 2008, dans lequel il exposait avoir examiné l'assuré en date des 12 juin et 28 août 2008 et l'avoir soumis à un certain nombre de tests. Il retenait les diagnostics de dépression récurrente sévère (F23.2) sans caractéristiques psychotiques, de symptomatologie anxieuse, grave et polymorphe sous forme de troubles panique et agoraphobie sévère (F41.0) ainsi que de phobie sociale (F40.1) Il faisait aussi état d'un trouble de la personnalité évitant et dyssocial (F60.2) et observait que ces affections étaient présentes nonobstant une absence de conduite additive, le recourant étant abstinent de toute substance, y compris d'alcool, depuis deux ans. Le Tribunal observe d'emblée que l'évaluation du Dr I _____ diffère à maints égards de celle précédemment effectuée par le Dr B _____ en novembre 2002 et qui avait conduit l'intimé à retenir la présence d'une toxicomanie essentiellement primaire, l'état de santé psychique s'améliorant sous traitement et en période d'abstinence (avis du SMR du 26 août 2003). En effet, si le Dr B _____ avait fait état d'un trouble dépressif récurrent en voie de rémission, le Dr I _____ a qualifié de sévère le trouble dépressif observé. Ce spécialiste a aussi posé des diagnostics psychiatriques nouveaux (« symptomatologie anxieuse grave et polymorphe sous forme de troubles paniques avec agoraphobie sévère » et « phobie sociale ») qui n'avaient pas été mentionnés par le Dr B _____. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas considérer, sans autre examen, qu'il s'agissait en substance d'une nouvelle appréciation d'une situation demeurée inchangée, ce d'autant plus qu'entre la décision de 2004 et l'évaluation psychiatrique de 2008, plus de quatre ans s'étaient écoulés (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.3.2). Si l'on compare la situation prévalant en 2008 avec celle de 2004, on observe par ailleurs que le recourant était devenu abstinent de toute substance, y compris de l'alcool, depuis 2006 (cf. rapport du Dr I _____). Ce changement de circonstances, postérieur à la première décision de refus de rente, est particulièrement important car il est susceptible de conduire à une modification de l'état de santé psychique de l'assuré et pourrait d'ailleurs expliquer l'aggravation du trouble dépressif ; l'abstinence prolongée est aussi de nature à permettre d'isoler les diagnostics psychiatriques par rapport à la problématique de la dépendance et de la toxicomanie. Il est à cet égard à rappeler que le Dr B _____ relevait en 2002, qu'il lui était impossible de retenir avec certitude la présence d'un trouble de la personnalité dès lors que l'assuré n'avait jamais eu, depuis l'adolescence, une période de plus de trois mois sans prise de stupéfiants ou d'alcool. C'est la raison pour laquelle il s'était borné à signaler un « probable trouble de la personnalité, type anxieux évitant ». Or, dans son rapport du 6 octobre 2008, le Dr I _____ a posé le diagnostic de « trouble de la personnalité évitant et dyssocial » que le Dr B _____ n'avait pu que soupçonner, dans le contexte de santé de l'époque. Ainsi, le Tribunal de céans considère que le rapport psychiatrique du Dr I _____ du 6 octobre 2008 renferme suffisamment d'indices rendant plausible une modification de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer le droit aux prestations. Dans ce contexte, le SMR n'était pas fondé à faire état d'une situation médicale inchangée, en se référant à un avis précédent du 9 décembre 2006, rendu avant que le Dr I _____ ne communique son rapport. Quant aux critiques formulées par les médecins du SMR, reprochant au Dr I _____ de ne pas avoir étayé ses diagnostics selon la CIM-10 et de ne pas avoir présenté de status psychiatrique, elles sont d'autant moins pertinentes dans le cadre d'un examen préalable d'entrée en matière, que ce médecin a objectivé ses diagnostics en se

référant aux scores obtenus par le recourant aux différents tests auxquels il l'avait soumis et en mentionnant les références à la CIM-10. C'est ainsi à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Le recours sera en conséquence admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, procède à une instruction médicale du dossier, en confiant à un psychiatre indépendant le soin d'examiner l'état de santé psychique de l'assuré, et rende une décision sur le fond. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé qui succombe. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 6 novembre 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 18 août 2005, pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, une nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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