

VD_FINDINFO AI 30/11 - 133/2012 vom 17. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_30_11_-_133_2012

FR: VD_FINDINFO AI 30/11 - 133/2012 du 17 avril 2012

IT: VD_FINDINFO AI 30/11 - 133/2012 del 17 aprile 2012

Regeste

INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, NOTION, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION}, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, NOUVELLE DEMANDE | 28 al. 2 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 69 al. 1bis LAI, 17 LPGA, 38 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 55 LPGA, 6 LPGA, 60 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. g LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 LPGA, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 1

PA, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision sur recours. b) En l'espèce, le rapport médical du 13 octobre 2009 du Dr X. _____ est invoqué en tant que preuve de la découverte d'un fait nouveau par le recourant à l'appui de sa demande de révision du 12 juillet 2010 en relation avec la décision sur opposition rendue par l'intimé le 19 juin 2008 refusant le droit à la rente AI. Dans ces conditions, on constate que le rapport médical en question a été porté à la connaissance de l'intimé postérieurement au délai de nonante jours dont le recourant disposait pour invoquer l'existence d'un motif de révision. En présentant sa demande de révision procédurale uniquement en date du 12 juillet 2010, soit environ quelques neuf mois après avoir eu connaissance du rapport médical établi par le Dr X. _____, le recourant n'a pas agi en se conformant au délai prévu à l'art. 67 al. 1 PA (cf. consid. 3 c/bb supra). Partant, la demande de révision déposée le 12 juillet 2010 l'a été tardivement de sorte qu'il convient – à l'instar du point de vue émis par l'office intimé au terme de sa réponse du 15 mars 2011 – de rejeter le premier grief de la révision procédurale avancé par le recourant.

E. 4

A ce stade, il est le lieu d'examiner s'il se justifie de rejeter la nouvelle demande de prestations du 12 juillet 2010 d'entrée de cause par une décision de refus d'entrer en matière, motif pris que le recourant n'est pas parvenu à mettre en évidence une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus du 19 juin 2008 entrée en force. a) L'art.

E. 8

LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]). b) Aux termes de l'art. 17 LPGGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition est également applicable lorsque le droit à la rente a été fixé, à l'issue d'une procédure de recours, par un jugement entré en force. c) En application de l'art. 17 LPGGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances postérieure à cette décision ou à ce jugement. L'assuré doit toutefois déposer une nouvelle demande et établir de façon plausible une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). Ainsi, 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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 (Vallat, op. cit., p. 396). d) On relève que la seule pièce produite par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande devant l'office intimé dont il importe de tenir compte est un rapport médical établi le 13 octobre 2009 par le Dr X._____. S'agissant du rapport établi le 8 juin 2011 par le Dr J._____ à la suite des consultations des 1^{er} et 8 juin 2011, cette pièce apparaît postérieure à la décision litigieuse rendue le 9 décembre 2010. Or selon la jurisprudence, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 121 V 362 consid. 1b et les références; TF 8C_880/2010 du 1^{er} septembre 2011, consid. 4). Dans ces circonstances, il n'est pas possible de prendre en compte le rapport médical du 8 juin 2010 du Dr J._____. Au demeurant, il convient d'observer que ce rapport ne comporte pas d'appréciation propre à établir une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant depuis le mois de juin 2008, le Dr J._____ se limitant à y constater l'absence d'une amélioration malgré plusieurs traitements mis en œuvre. Le rapport du 13 octobre 2009 établi par le Dr X._____ met en évidence, après contrôle, une douleur inflammatoire générée par le disque L5-S1. Il précise à ce propos qu'une telle hypothèse avait déjà été évoquée par le Dr D._____, la pathologie n'ayant pas été clairement mise en évidence et corroborée à la clinique. En l'occurrence, le fait que l'hypothèse émise en son temps par le

Dr D. _____ quant à l'origine des douleurs a ultérieurement été confortée ne signifie pas nécessairement en soi que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis le mois de juin 2008. La détection de l'origine des douleurs n'est pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles qui en résultent. Elle n'a dès lors pas d'incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant mise en évidence au terme de la décision sur opposition rendue le 19 juin 2008. La décision litigieuse est fondée lorsqu'elle considère que, suite au dépôt de sa nouvelle demande, le recourant n'est pas parvenu à rendre vraisemblable que son état de santé s'est modifié de manière essentielle depuis la décision de juin 2008 entrée en force. L'office intimé était ainsi en droit de liquider l'affaire d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (cf. consid. 4c). Il faut relever au surplus que le recourant invoque principalement l'existence d'un motif de révision procédurale à l'encontre de la décision sur opposition rendue en juin 2008. Or, affirmer comme le fait le recourant que le rapport du Dr X. _____ attesterait à la fois que le droit à la rente existait déjà en 2008, et que l'état de santé se serait aggravé entre 2008 et 2009 est difficilement défendable. En invoquant un motif de révision procédurale le recourant renonce presque nécessairement à se prévaloir d'une aggravation postérieure à la décision attaquée. Au vu de ces circonstances, il convient de considérer que la décision de refus d'entrer en matière est bien fondée. 5. En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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