

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 426 vom 28. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__426

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 426 du 28 février 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 426 del 28 febbraio 2011

Regeste

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION}, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

Erwägungen

E. 26

novembre 2009, dont la teneur est notamment la suivante : "Diagnostic : - Syndrome thoraco-lombo-vertébral chronique sur status après spondylodèse L3 à S1 en 1990, AMO et complément de greffe en 1991 sur status après spondylolisthésis L5 post traumatique et osthéosynthèse en 1988. (...) Le patient indique une évolution assez favorable dans la période des 10 ans post-opératoires. Persistance d'un hypesthésie dans le membre inférieur droit. Depuis deux ans, accentuation de douleurs thoraco-lombaires, notamment nocturnes, ainsi qu'en position immobilisée prolongée. Se sent "cassé en deux" lors des positions assises ou debout "prolongées". Redressement de flexion ventrale difficile avec irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit. Valsava négatif. Douleurs cervicales en en progression, apparemment notamment après un accident de circulation en 2005. (...) Du point de vue professionnel, il me semble que l'AI devrait présenter une attitude plus conciliatrice et se donner la peine de réévaluer la situation avec le patient. Une activité permettant des changements de positions réguliers, en position ergonomique adéquate, serait le choix idéal pour un patient globalement tout de même encore motivé à améliorer sa situation." E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Au vu de la valeur litigieuse, la présente cause relève de la compétence d'une cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). Interjeté dans le délai légal (art. 60 al.1 LPGA), selon les formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière. 2. La question litigieuse est celle de savoir si le recourant rend vraisemblable, au moment du

dépôt de sa deuxième demande, que son état de santé s'est modifié de manière à influencer son invalidité. a) Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). b) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid 1.2). 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid 1.2). c) Le Tribunal fédéral des assurances a 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 ; ATF 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101] ; TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; TF H 290/98 du 13 juillet 2000 consid. 4c). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 2.2.3 ; TF 9C_312/2009 du 18 septembre 2009 consid. 2.4 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004

consid. 2.2 ; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002 consid. 4). d) En l'espèce, le recourant a produit des moyens de preuve, à savoir une lettre de son médecin traitant, accompagnée de différents avis médicaux. Dans son courrier à l'OAI, le Dr F._____ indique que les douleurs de l'assuré ont augmenté, sans faire état d'éléments diagnostiques supplémentaires antérieurs à la dernière décision de l'OAI, hormis une épicondylite droite. Dans son rapport médical du 2 septembre 2008, le Dr R._____ retient que les douleurs dorso-lombaires de l'assuré se sont aggravées dès 2006 ; il fait également état de l'apparition d'une épicondylite la même année. Il conclut que sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail du recourant a toujours été inférieure à 20%. Dans son rapport médical du 10 décembre 2007, le Dr H._____ retient une péjoration de la symptomatologie douloureuse s'inscrivant dans une période de surcharge sur le plan professionnel avec épicondylite. Dans leur rapport médical du 5 novembre 2007, les Dr Z._____ et D._____ indiquent que le recourant avait pris contact avec eux suite à des douleurs persistant depuis 2 ans environ, sans faire état d'éléments diagnostiques supplémentaires. Compte tenu de la jurisprudence exposée ci-dessus, il n'y a pas lieu de prendre en compte le certificat médical du Dr Q._____, celui-ci n'étant pas connu de l'office intimé au moment où il a statué. Les médecins consultés par le recourant ne précisent ni ne motivent si et, le cas échéant, dans quelle mesure ces diagnostics ont une répercussion négative sur la capacité de travail du recourant dans l'activité d'agent technico-commercial, activité ayant été jugée adaptée à l'état de santé du recourant en 2000. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'OAI n'était pas tenu de requérir d'autres éléments de preuve. Dans ces circonstances, il convient de retenir que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé dans une mesure nécessaire pour satisfaire les conditions d'une révision au sens de la LAI, le recourant n'ayant pas rendu vraisemblable que l'activité dans laquelle il avait été reclassé n'était plus pleinement exigible. En outre, l'OAI a agi conformément à la jurisprudence en impartissant au recourant un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve et en l'avertissant qu'il n'entrerait pas en matière sur la demande du recourant pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Or le recourant n'a pas produit de moyens de preuve suffisants, ni dans le délai de 30 jours imparti par courrier du 10 juillet 2008, ni dans le nouveau délai de 30 jours qui lui a été imparti dans le projet de décision du 6 octobre 2008 pour faire part de ses objections. Dès lors, l'OAI était fondé à prononcer une décision de non-entrée en matière. 3. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans autre mesure d'instruction, selon la procédure de l'art. 82 LPA-VD (applicable par analogie au recours au Tribunal cantonal en vertu de l'art. 99 LPA-VD), ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).