

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 804 vom 8. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__804

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 804 du 8 octobre 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 804 del 8 ottobre 2020

Regeste

NOUVELLE DEMANDE | 17 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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, il est déterminant 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 enfin que 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 rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

s. ; cf. rapports de la Clinique K. _____ des 18 mars 2018 p. 4 et 26 mai 2017 p. 5 ; cf. rapport du Prof. P. _____ du 13 février 2017 p. 2). Partant, on ne distingue aucun élément concret dans le sens d'une potentielle détérioration de l'état de santé psychique. d) A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. Sa nouvelle demande de prestations déposée le

E. 9

juin 2019 ne pouvait donc que se voir opposer un refus d'entrer en matière – ce à quoi équivaut, en définitive, la décision querellée. Tout au plus ajoutera-t-on que c'est par le biais d'un recours contre la décision du

E. 12

février 2018 que l'assuré aurait dû contester le refus de mesure de reclassement expressément signifié dans cette décision. En effet, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ou de nouvelle demande ; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; cf. TF 9C_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. On relèvera, au surplus, que le recourant a précédemment été mis au bénéfice d'une mesure d'aide au placement qu'il a toutefois mise en échec de par son manque de collaboration et son absence de réaction à la sommation du 13 juillet 2018. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire qualifié, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA a contrario).

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