

VD_GERICHTE ZD10.013039 vom 31. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.013039

FR: VD_GERICHTE ZD10.013039 du 31 janvier 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.013039 del 31 gennaio 2011

Erwägungen

E. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., le juge unique est compétent pour statuer dans la présente cause (art. 94 al. 1 let. a LPA- VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable à la forme. Tout au plus sied-il de rappeler les écritures de la recourante du 2 septembre 2010, indiquant que contrairement à ce qui figure par erreur dans le mémoire de recours du 22 avril 2010, c'est bien la décision de l'OAI du 10 mars 2010 qui fait l'objet de la présente contestation, et non celle du 29 mai 2009. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

- 10 - recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'office intimé était fondé à rendre une décision de refus d'entrer en matière, suite au courrier du Dr M._____ du 6 novembre 2009 et à la missive du CMS du 19 janvier 2010 contresignée par la recourante.

E. 3

a) Le respect des conditions de l'art. 87 al. 3 RAI signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer les droits de celui-ci. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni

du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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). 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 précité, consid. 3a et la référence; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

- 11 - b) 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; 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'eu 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 2002; voir actuellement l'art. 43 al. 3 LPGA) – 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). 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 (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5; TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 2.2.3 et 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).

E. 4

a) En l'occurrence, il faut relever, à titre liminaire, que l'intimé a traité le courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 comme une nouvelle demande de moyen auxiliaire introduite en faveur de l'assurée, et que ce faisant, il en a implicitement admis la validité, quand bien même cet écrit n'est pas signé de la main de la recourante. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur cette question dans le présent arrêt.

- 12 - b) Cela étant, force est de constater que les règles procédurales instaurées par la Haute Cour en rapport avec l'art. 87 al. 3 RAI n'ont pas été respectées. En effet, en cas de nouvelle demande de prestations émanant d'une assurée n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité, l'OAI se doit d'impartir à cette assurée un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'il n'entrera pas en matière sur sa demande pour le

cas où elle ne se plierait pas à ses injonctions (cf. consid. 3b supra). Tel n'a manifestement pas été le cas en l'espèce. Plus particulièrement, aucun délai n'a été donné à la recourante pour verser en cause les rapports dont elle demandait production que ce soit par l'intermédiaire du courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 (sollicitant l'intervention d'un autre spécialiste, le Dr G. _____) ou de la missive du CMS du 19 janvier 2010 (requérant l'octroi d'un mandat d'expertise à la FSCMA). Ainsi, la Cour relève que pour toute réaction au courrier du Dr M. _____, l'office intimé s'est contenté de demander l'avis du SMR puis, à la réception de cet avis, d'écarter la requête de l'assurée par courrier du 1er décembre 2009 mentionnant la faculté d'obtenir une décision sujette à recours, sans jamais avoir octroyé à l'intéressée la possibilité de fournir le moyen de preuve en question. Puis, en guise de réponse à la missive du CMS du 19 janvier 2010, l'OAI s'est limité à informer la recourante, le 28 janvier 2010, qu'il envisageait de rejeter sa requête et qu'il lui impartissait préalablement un délai de 30 jours pour faire part de ses objections. L'on ne saurait admettre que l'intimé ait ainsi octroyé à l'assurée un délai raisonnable pour produire les pièces requises tout en l'avertissant expressément qu'à défaut, il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Du reste, s'il est vrai que la décision litigieuse est intervenue le 10 mars 2010 sans que l'assurée n'ait entre-temps produit les rapports en question, il sied de rappeler qu'au vu de l'attitude adoptée par l'office dans son courrier du 1er décembre 2009 repris en substance dans le projet de décision négative du 28 janvier 2010, l'intéressée – alors non représentée – pouvait légitimement être amenée à comprendre qu'il n'était donné aucune suite à ses réquisitions de production de pièces. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'OAI a contrevenu aux règles de procédure instaurées par le Tribunal fédéral en rapport avec l'art. 87 al. 3

- 13 - RAI, si bien que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée sans que la Cour n'ait à statuer sur le fond de l'affaire, la cause devant être renvoyée à l'autorité intimée afin que celle-ci en reprenne l'examen en se conformant aux règles de procédure précitées.

E. 5

Au vu de ce qui précède, il apparaît que le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause retournée à l'OAI pour que cet office procède conformément aux considérants du présent arrêt. Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel qui n'est intervenu qu'au stade de la dernière correspondance de l'assurée, cette dernière peut prétendre à des dépens qui seront réduits à 250 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel n'a pas à supporter de frais de justice (art. 52 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 22 avril 2010 par Z. _____ est admis. II. La décision rendue le 10 mars 2010 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'office pour qu'il procède selon les considérants. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 250 fr. (deux cents cinquante francs) à titre de dépens. III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- 14 - La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration handicap (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral

(Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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