

VD_GERICHTE ZD10.035244 vom 27. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.035244

FR: VD_GERICHTE ZD10.035244 du 27 juillet 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.035244 del 27 luglio 2011

Erwägungen

E. 18

avril 1999, RS 101]). 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 (TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification

- 15 - des faits pertinents (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 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). 3. a) Dans le cas présent, la décision entreprise a été rendue le 27 septembre 2010 et la précédente décision ayant procédé à une constatation des faits pertinents, à une appréciation des preuves et à une comparaison des revenus a été rendue le 6 mars 2009. Cette dernière décision, n'ayant pas fait l'objet d'un recours, est donc entrée en force. Il y a donc lieu de définir si, entre ces deux décisions, l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure telle que son degré d'invalidité s'en est retrouvé modifié et qu'un droit à des prestations d'invalidité doit lui être ouvert. b) Au moment de la décision du 6 mars 2009, le recourant présentait des atteintes aux genoux, soit des gonalgies et des lésions du ménisque interne (rapports des 11 juin 2003 du Dr T. _____ et 16 février 2005 du Dr W. _____). Une chondropathie fémoro-patellaire aux deux genoux a été signalée par le Dr W. _____ (rapport du 16 février 2005), de même qu'une gonarthrose gauche et droite (rapports des 18 octobre 2005 du Dr W. _____ et 12 décembre 2006 du Dr J. _____). Suite à l'examen rhumatologique effectué par le SMR, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartimentale bilatérale à prédominance gauche avec status après opérations des deux genoux et fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque interne gauche, et de lombocruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. Il a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance de positions deux fois par heure, pas de genuflexions répétées, d'échelles ou d'escaliers, de marches supérieures à 5 minutes, de soulèvement régulier

- 16 - de charges de plus de 5 kg, de port de charges de plus de 12 kg ni de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) en raison d'une baisse du rendement. Sur le plan

économique, l'OAI s'est basé sur un revenu sans invalidité de 68'993 fr. en 2004 – correspondant aux indications données par l'employeur, dans l'ancienne activité de jardinier et paysagiste – et d'un revenu d'invalidité – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2004 dans des activités simples et répétitives, pour un taux de 80% – de 45'806 fr. 59. Il en est résulté un degré d'invalidité de 33%, ne donnant pas droit à une rente. c) En premier lieu, dans sa nouvelle demande de prestations AI, déposée le 13 avril 2010, l'assuré se prévaut de gonarthrose tricompartmentale depuis 2003. Or ce diagnostic a précisément été retenu par le Dr C._____, suite à l'examen rhumatologique effectué le 2 février 2007 par le SMR, de sorte qu'il ne saurait s'agir d'une affection nouvelle par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision du 6 mars 2009. Dans un rapport d'examen du 23 février 2010, le Dr T._____ a constaté des douleurs aux genoux, avec notamment une fémoro- patellaire douloureuse à droite. Une IRM du genou droit a été effectuée le 15 septembre 2009, mettant notamment en évidence une chondropathie rotulienne, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur et une déchirure horizontale de la corne postérieure et latérale du ménisque interne (rapport du 15 septembre 2009 de la clinique Genolier). Une IRM du genou gauche a été effectuée le 17 septembre 2009, démontrant une importante gonarthrose tricompartmentale prédominant à hauteur du compartiment interne ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et sous- cutané (rapport du 22 septembre 2009 de ladite clinique). Ces documents médicaux n'apportent toutefois pas de modification importante par rapport aux constatations prévalant au moment de la décision initiale, lors de laquelle des douleurs et des

- 17 - limitations fonctionnelles aux deux genoux, avec notamment une gonarthrose bilatérale, ont été retenues. Du reste, sous la plume des Drs G._____ et N._____, le SMR a relevé que l'examen rhumatologique de février 2007, en retenant une diminution de rendement de 20%, avait dûment tenu compte de la limitation fonctionnelle de l'assurée et a indiqué que les IRM ci-dessus n'apportaient aucun élément nouveau concernant les diagnostics (avis médical du 13 août 2010). d) Dans son recours du 25 octobre 2010, indépendamment des problèmes aux genoux, l'assuré se prévaut d'une détérioration de son état de santé avec des atteintes psychiatriques et neurologiques, conduisant à un trouble somatoforme douloureux de caractère invalidant. Il ne se fonde toutefois sur aucun document médical à ce sujet et il n'appartient pas à l'OAI ni à la Cour de céans, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations (87 al. 3 et 4 RAI), d'investiguer plus en avant cette question. Au demeurant, des troubles anxieux avaient déjà été signalés avant la décision initiale (rapport du 12 décembre 2006 du Dr J._____) et il n'est nullement fait mention d'une aggravation à ce sujet, pas plus que de l'existence de troubles neurologiques. Quant aux documents médicaux déposés par l'assuré depuis son acte de recours, il ne peut en être tenu compte que dans la mesure où ils se rapportent à la situation de fait existant jusqu'au 27 septembre 2010, le juge n'ayant pas à prendre en compte les faits postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les éventuelles incidence de l'arthroplastie totale du genou gauche le 3 décembre 2010 et de la ponction articulaire du genou prothétique gauche effectuée le 3 mai 2011, signalés par les Drs T._____ (rapport du 25 février 2011) et H._____ (rapport du 26 mai 2011) ne peuvent donc être examinées dans ce cadre. Pour le surplus, ces médecins, ainsi que le Dr W._____, n'ont pas fait de constatations nouvelles au point de modifier le degré d'invalidité de l'assuré, les atteintes aux genoux étant suffisamment connues et investiguées, notamment suite à l'examen rhumatologique du SMR. En

- 18 - particulier, le Dr W. _____ ne fait pour ainsi dire que relater dans le détail les différents examens, traitements et opérations entrepris par l'assuré pour ses troubles aux genoux. Les avis des médecins traitants de l'assuré doivent pour le surplus être appréciés avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail. e) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations AI déposée le 13 avril 2010, dès lors que le recourant n'a pas démontré que son état de santé s'était aggravé dans une mesure propre à entraîner une modification de son degré d'invalidité tel que reconnu par la décision du 6 mars 2009. Partant, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 4. a) 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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