

VD_GERICHTE ZD13.019902 vom 11. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019902

FR: VD_GERICHTE ZD13.019902 du 11 février 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.019902 del 11 febbraio 2014

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 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le

- 12 - domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD)

E. 2

Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 2 mai 2012. La présente procédure porte dès lors uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces médicales produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

E. 3

a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) 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; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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).

- 13 - 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3). Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 4

a) Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 27 avril 2009 et la décision litigieuse,

- 14 - un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente et à des mesures professionnelles, s'est produit. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 2 mai 2012. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. Par conséquent, le certificat du 30 avril 2013 du Dr K. _____ et les rapports du Dr C. _____ des 28 janvier et 21 septembre 2013 – produits ultérieurement, soit dans le cadre de la procédure de recours – n'ont pas à être pris en compte dans le cas d'espèce. b) En l'occurrence, dans le cadre de la première demande de prestations d'invalidité, le Dr S. _____, dans un rapport du 21 juillet 2008, avait posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose fémoro-patellaire gauche, d'épicondylite chronique des deux côtés et de lombalgies chroniques, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de déménageur-chauffeur mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son rapport médical du 13 août 2008, le Dr A. _____ du SMR avait retenu l'atteinte de gonalgies sur gonarthrose gauche, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant – par l'intermédiaire du centre médico-chirurgical [...] – a déposé plusieurs rapports médicaux, faisant état de nouvelles

atteintes à la santé. Il en résulte notamment une atteinte aux pieds, dans un contexte de fasciite plantaire, nécessitant des supports plantaires et un traitement orthopédique adéquat (rapports des 1er avril et 1er juillet 2011 du Dr G. _____). Ce médecin n'a toutefois pas attesté d'incapacité de travail, préconisant le port systématique des supports et la surveillance étroite du traitement médicamenteux. Des lombalgies ont en outre été mentionnées, notamment par les Drs E. _____ (rapport du 7 mai 2012) et K. _____ (rapport du 11 décembre 2012), et ont fait l'objet d'une IRM (rapport du 1er février 2012 du Dr N. _____). Cette atteinte existait cependant déjà au moment de la décision de refus de prestations – de sorte qu'il ne s'agit

- 15 - pas d'une affection nouvelle – et elle ne fait pas l'objet d'une incapacité de travail spécifiquement attestée. Sur le plan angiologique, le Dr B. _____ (rapport du 29 septembre 2011) a constaté des problèmes veineux aux membres inférieurs (entraînant une récurrence variqueuse au MID), mais sans retenir d'incapacité de travail. Quant aux problèmes oculaires, attestés par le Dr H. _____ (rapport du 4 septembre 2012), ils font l'objet d'une correction (pour l'astigmatisme hypermétropique léger et la presbytie) ainsi que de gel et de larmes artificielles pour diminuer le larmoiement. Aucune incapacité de travail n'est retenue pour les problèmes oculaires, lesquels ne sont au demeurant pas indiqués dans la liste des diagnostics par le médecin traitant de l'assuré (rapport du 11 décembre 2012 du Dr K. _____ a contrario). Enfin, le Dr K. _____ a mentionné un état dépressif réactionnel, mais sans mise en place d'un suivi ni d'un traitement et ne donne pas d'explication circonstanciée, notamment au sujet de la gravité. Cela étant, à la lecture du rapport du 26 janvier 2012 du Dr D. _____, il apparaît que l'assuré a ressenti une douleur au genou droit le 15 août 2011, lors d'un mouvement en pivot en déchargeant un chariot. Selon ce médecin, cette atteinte a entraîné une incapacité de travail d'une semaine, avec une évolution difficile et une nouvelle incapacité de travail complète depuis le 5 janvier 2012. Une IRM du genou droit a été effectuée le 21 décembre 2011, mettant en évidence une déchirure (de grade III) de la corne postérieure du ménisque interne. Dans un rapport médical LAA du 30 mars 2012, le Dr K. _____ a retenu – en raison de cet événement – une incapacité de travail du 5 janvier au 4 mars 2012. Certes, les Drs D. _____ et E. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Cela ne signifie toutefois pas que l'atteinte au genou droit en lien avec la déchirure du ménisque n'ait pas d'incidence sur la capacité de travail. Au demeurant, le Dr K. _____, qui a fait état comme premier diagnostic d'une méniscopathie droite avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (due à l'accident du 15 août 2011) retient que l'assuré n'est pas encore capable de reprendre son activité professionnelle, respectivement d'améliorer sa capacité de travail (rapport du 11 décembre 2012).

- 16 - Il résulte de ce qui précède que les conséquences de l'événement du 15 août 2011 ont une incidence qui paraît significative sur la capacité de travail de l'assuré, cet événement ayant entraîné dans un premier temps une incapacité de travail d'une semaine suivie d'une évolution difficile, puis dans un second temps une incapacité de travail du

E. 5

a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par le recourant. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient

d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 17 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 avril 2013 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs). La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Marina Machado, avocate à Fleurier (pour X. _____) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 18 - 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). Le greffier :

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