

VD_GERICHTE ZD13.027956 vom 22. August 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.027956

FR: VD_GERICHTE ZD13.027956 du 22 août 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.027956 del 22 agosto 2014

Erwägungen

E. 4

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'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

- 21 - 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, 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, 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_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances 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 (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

E. 5

En l'occurrence, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur l'examen de la nouvelle demande AI déposée le 7 mars 2013 par le recourant. Il a retenu que l'état de santé de celui-ci ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la dernière décision de refus entrée en force rendue le 5 novembre 2012. Sur les plans rhumatologique et psychiatrique, l'OAI – au terme de la décision litigieuse – a conclu que les aggravations annoncées à l'appui de la nouvelle demande de prestations n'étaient pas démontrées postérieurement à la dernière décision de la fin 2012 niant tout droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Ainsi, le handicap somatique/rhumatologique de l'assuré avait déjà été pris en compte en son temps par les Drs M. _____ et X. _____ au terme de leur expertise bidisciplinaire de février 2012. Il en va à l'identique de l'affection psychiatrique, à savoir le diagnostic non invalidant de dysthymie, mise en évidence au terme du rapport des experts précités. L'OAI retient que le dernier avis du médecin traitant constitue uniquement une

appréciation

- 22 - différente d'un même état de fait, de sorte qu'il n'y a aucune péjoration de l'état de santé du recourant depuis 2012. Le recourant estime quant à lui sur la base du seul rapport médical du 8 avril 2013 de son médecin traitant (Dr A. _____) que l'aggravation de son état de santé est avérée. a) Le 8 mars 2013, l'Office AI a imparti un délai de 30 jours à l'assuré pour produire un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le 3 juin 2013 dans un courrier explicatif joint et faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'OAI a constaté que malgré cette mise en demeure aucun renseignement complémentaire ne lui avait été fourni par le recourant afin de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité, soit de manière à influencer ses droits. b) Sur le plan rhumatologique, on retient avec l'intimé un statu quo depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. Quoiqu'en dise le recourant, le rapport de son médecin traitant du 8 avril 2013 n'est pas déterminant dès lors qu'il se limite à faire état d'une aggravation constante de l'état de santé de l'assuré (impotence de la charnière scapulo-cervicale de plus en plus grande et arthrite déformante a/n main droite de plus en plus douloureuse) sans l'étayer. Outre le fait qu'il émane du médecin traitant lequel, par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, a généralement tendance à se prononcer en faveur de ses patients, de sorte que son avis doit être admis avec réserve (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid 4.2), on observe que ledit rapport est extrêmement laconique car dépourvu de tout substrat médical attestant le bien-fondé de ses constatations. L'absence d'exams complets, de diagnostics, d'une anamnèse et d'une appréciation ainsi que de conclusions dûment motivées empêche de conférer pleine valeur

- 23 - probante au rapport du 8 avril 2013 du Dr A. _____ (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). En l'occurrence, le diagnostic invalidant de lombopyalgies et cervicobrachialgies récurrentes chroniques (sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et avec minime discopathie L5-S1 et C5-C6) avait déjà été retenu par le Dr X. _____ en février 2012, atteinte à la santé qui n'entravait pas la pleine capacité de travail résiduelle du recourant dès le mois de juillet 2008 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assis/debout chaque heure, pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux, pas de mouvements avec long bras de levier, pas de mouvements d'antéversion répétitifs, pas de port de charges de plus de 10 kg et pas de mouvements de préhension répétitifs de la main droite, cf. avis SMR des 19 août 2009 et 29 février 2012 du Dr Z. _____). Or dans un rapport du 2 février 2011 déjà, le Dr A. _____ était d'avis que plus aucune activité professionnelle ne pouvait être exigée de son patient. Dans ces circonstances et par analogie, l'avis du 8 avril 2013 du médecin traitant doit être sujet à beaucoup de réserve dès lors que celui-ci paraît manifestement prendre parti pour le recourant sans pour autant justifier d'arguments médicaux probants. En tout état de cause, il demeure que le Dr A. _____ n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse d'avril 2013. Il a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les

conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010, consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009, consid. 3.2.2). Ainsi, le rapport du 8 avril 2013 du Dr A. _____ n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire. c) S'agissant du plan psychiatrique, en février 2012, le Dr M. _____ notait au terme de son examen, un tableau clinique évoquant le diagnostic non invalidant de dysthymie. Cet expert précisait que ce tableau était cicatriciel d'un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne ayant nécessité une hospitalisation du recourant en août 2010.

- 24 - A l'examen le Dr M. _____ n'avait alors pas trouvé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Ce psychiatre observait alors un examen strictement superposable à celui mentionné dans l'expertise CEMED du 20 avril 2009, le recourant ne présentant par conséquent aucune limitation d'ordre psychiatrique. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Or dans la mesure où à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique, on doit considérer avec l'intimé qu'il n'existe aucun motif justifiant de se distancer en l'espèce de l'avis du Dr M. _____ datant de 2012, lequel conserve toute son actualité et partant sa valeur probante dans le cadre de la présente affaire. d) En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier l'expertise bidisciplinaire des Drs M. _____ et X. _____ du 13 février 2012, la Cour de céans constate que le recourant dispose notamment d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique dès le mois de juillet 2008. Une aggravation de l'état de santé postérieure à la première décision de refus de prestations du 5 novembre 2012 n'est finalement pas rendue vraisemblable. En refusant la reprise de l'instruction du dossier, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

E. 6

a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 25 - 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé, au demeurant non assisté par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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