

## **VD\_GERICHTE ZD13.039994 vom 2. Februar 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.039994](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.039994)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.039994 du 2 février 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD13.039994 del 2 febbraio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

octobre 2012 et a demandé de prolonger le délai pour l'envoi du rapport. L'OAI a prolongé le délai jusqu'au 31 octobre 2012. Il ressort ce qui suit d'une note d'entretien téléphonique du 9 novembre 2012 au sujet de l'assuré entre le service social de [...] et l'OAI : « [Le service social] vient aux nouvelles concernant la demande de prestations AI déposée le 19 avril 2012. Je lui indique qu'à ce jour je n'ai pas reçu de nouvelles à savoir un rapport expliquant l'aggravation de l'état de santé suite à notre lettre du 19 avril 2012. Nous convenons que je lui renvoie une copie de la lettre afin qu'elle puisse faire le nécessaire auprès des médecins. Je renvoie également une copie de la lettre à l'assuré. Ultime délai prolongé au 20 janvier 2013. » Le 9 novembre 2012, l'OAI a envoyé à l'assuré une copie de son courrier du 19 avril 2012 et lui a octroyé un ultime délai au 20 janvier 2013 pour lui faire parvenir les documents mentionnés dans ledit courrier. Par projet de décision du 12 mars 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

- 6 - Par courrier du 22 mars 2013, l'assuré a demandé à l'OAI de le recevoir afin qu'il puisse faire part de ses problèmes de santé et de ses motivations pour une nouvelle demande de reconversion professionnelle. Le 2 avril 2013, l'OAI lui a répondu qu'il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, car malgré de multiples reports de délais l'assuré n'avait pas fourni de documents rendant plausible une éventuelle modification de ses droits. Par courrier du 12 avril 2013, l'assuré a expliqué qu'en ce qui concernait les rapports médicaux demandés, il avait consulté deux médecins, soit les Drs V. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_. Il a expliqué ce qui suit : « Il semblerait que vous n'êtes pas en possession des rapports correspondants. Je suis désolé, j'étais persuadé que ces rapports suivaient d'office. J'ose encore espérer une éventuelle modification de mes droits afin de trouver une solution à mes problèmes de genoux. Tout en vous remerciant d'avance pour votre compréhension et dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées ». Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 18 avril 2013 entre le service social de Z. \_\_\_\_\_ et l'OAI, en présence de l'assuré, que ce dernier a été hospitalisé pour des varices oesophagiennes et que les médecins de l'hôpital ont demandé l'intervention de la Justice de paix. Une expertise psychiatrique judiciaire devait avoir lieu le 23 avril 2013. Par courrier du 15 avril 2013, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a convoqué l'assuré pour réaliser une expertise le 23 avril 2013. Par décision du 15 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet du 12 mars 2013. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a précisé qu'en l'absence d'éléments médicaux, il n'était pas en mesure de revenir sur sa détermination.

- 7 - C. Par acte du 3 juin 2013, L. \_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision du 15 mai 2013 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Celle-ci a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 27 août 2013, faute pour l'assuré d'avoir fourni l'avance de frais dans le délai imparti à cet effet ou d'avoir demandé une prolongation de délai en temps utile. Le 11 juillet 2013, l'Office des curatelles et tutelles professionnelle, secteur protection de l'adulte, du Canton de Vaud a informé l'OAI que Mme [...] avait été nommée curatrice de l'assuré (au sens de l'art. 398 CCS), par décision du 16 mai 2013 rendue par la Justice de paix du district [...]. Par courrier du 9 septembre 2013, l'Office des curatelles et tutelles professionnelles a fait savoir à la Cour des assurances sociales qu'il était le curateur de portée générale de l'assuré et l'informait qu'il n'avait jamais été mis au courant du recours ni des avances de frais demandées. Il requérait en conséquence la restitution du délai pour pouvoir verser l'avance de frais. Le 8 octobre 2013, la juge instructrice a ordonné la restitution du délai pour effectuer l'avance de frais et a imparti au recourant un délai au 6 novembre 2013 pour l'effectuer. Par courrier du 5 novembre 2013, le recourant, représenté par Intégration Handicap, Service juridique (mandaté par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles), a déposé une demande d'assistance judiciaire. Il conclut à l'annulation de la décision du 15 mai 2013 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire de la nouvelle demande du 11 avril 2012. A l'appui de son recours, le recourant transmet en particulier un rapport médical du 2 mai 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_ à l'intention de la Justice de paix du district d'Aigle. Au vu de ce rapport, le recourant est d'avis que l'OAI ne pouvait pas, le 15 mai 2013, décider de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il soutient de plus que l'OAI étant au courant, dès le 15 mai 2013 en tous les cas,

- 8 - qu'une expertise psychiatrique avait été réalisée à la demande de la Justice de paix, cet office « pouvait sans grande difficulté, se rendre compte que les renseignements complémentaires à demander au Dr T. \_\_\_\_\_ étaient susceptibles d'aboutir à cette constatation qu'il y a depuis le 28 janvier 2011, qui est la date à laquelle a été rendue la dernière décision de refus de prestations de l'AI, eu une modification de l'état de santé de Monsieur L. \_\_\_\_\_ ». Dans son expertise, le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), d'utilisation nocive pour la santé d'autres substances psychoactives (opiacés, cannabis, cocaïne) (F19.1), de trouble schizotypique (F21) et de dépression persistante, sans précision (F34.9). Dans sa réponse du 29 janvier 2014, l'OAI conclut au rejet du recours, estimant que c'est à bon droit qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant. Il fait valoir que lorsque ce dernier a déposé sa nouvelle demande de prestations, il n'a apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte susceptible d'influencer ses droits, et ceci même après qu'un délai de 30 jours lui ait été imparti, par courrier du 19 avril 2012. L'OAI explique également que lorsqu'il a rendu la décision du 15 mai 2013, il n'avait en main que la copie de la convocation pour l'expertise qui devait être réalisée le 23 avril, mais pas le rapport d'expertise du 2 mai 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_, qu'il appartenait à l'assuré de produire et non à l'administration de demander. De plus, l'intimé est d'avis que ce rapport, produit par le recourant à l'appui de son recours, ne saurait être pris en considération dans la présente procédure de recours. Dans sa réplique du 17 février 2014, le recourant maintient ses conclusions, étant d'avis que la convocation du 15 avril 2013 par le Dr T. \_\_\_\_\_, dont l'intimé avait connaissance le 15 mai 2013, était un indice suffisant à rendre plausible, au sens de l'art. 87 al. 3 RAI, une aggravation de son état de santé. Il regrette également que l'OAI ne lui ait pas accordé l'entrevue orale qu'il demandait suite au projet de décision du

12 mars 2013, alors que l'OAI avait expressément mentionné cette possibilité dans son projet de décision, faisant valoir que cette entrevue « aurait

- 9 - selon toute vraisemblance permis aux gens de l'office AI de comprendre qu'effectivement il y avait eu depuis le 28 janvier 2011, date de la dernière décision rendue, un changement dans [son] état de santé qui était loin d'être négligeable ». Dans sa duplique du 25 mars 2014, l'OAI maintient ses conclusions. Il précise que selon lui, il n'y a pas eu de violation du droit d'être entendu, l'assuré ayant pu s'exprimer par écrit et oralement dans le cadre de la procédure d'audition. E n d r o i t : 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) Déposé en temps utile et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), en particulier vu la restitution du délai pour effectuer l'avance de frais et la demande d'assistance judiciaire effectuée dans le délai fixé au 6

- 10 - novembre 2013, le recours est recevable en la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. Le litige portant sur le droit à des prestations de l'assurance- invalidité, la valeur litigieuse est réputée supérieure à 30'000 fr., de sorte qu'elle relève de la compétence de la Cour dans sa composition ordinaire. 2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par L. \_\_\_\_\_ le 11 avril 2012. 3. a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]), lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies. En vertu de cette dernière disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 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 ; ATF 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). 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

- 11 - 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 (cf. art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPG depuis le 1er janvier 2003) - 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.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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. 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, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2) (cf. TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 et TF 9C\_959/2011 consid. 1.3). c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité

- 12 - 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). d) Etablir de façon « plausible » au sens de l'art. 87 al. 2 RAI, ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraiment produits (TF 9C\_68/2007 du 19 octobre 2007 consid. 4.4.1 ; TFA I 619/04 du 10 février 2005 consid. 3.1 ; cf. également MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI). Commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100). e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration et le juge se fondent sur des rapports médicaux, le cas échéant sur des documents émanant d'autres spécialistes (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 4. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 26 janvier 2011 niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période courant dès le 31 janvier 2010 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 11 avril 2012. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'avril 2012, a rendu plausible une

modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations d'invalidité.

- 13 - aa) Par sa décision du 26 janvier 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que le délai d'attente d'une année n'était pas écoulé au moment où ce dernier avait recouvré une pleine capacité de travail à savoir le 27 avril 2010, l'incapacité ayant débuté le 31 janvier 2010. Au plan médical, l'OAI s'est fondé sur le rapport médical du 4 octobre 2010 du Dr A. \_\_\_\_\_ qui attestait d'une incapacité totale (soit du 1er février au 11 avril 2010), puis partielle (soit du 12 au 25 avril 2010) de travail, en raison d'une fracture du scaphoïde carpien à droite survenue suite à une chute le 31 janvier 2010. bb) Dans sa nouvelle demande du 11 avril 2012, le recourant a mentionné, comme atteinte à la santé, « une diminution dans l'articulation des genoux, un peu les hanches. Crampe et fatigue chronique dans les jambes ». Il n'a cependant produit à l'appui de sa demande devant l'OAI aucun rapport médical attestant ces atteintes ou une aggravation de celles-ci par rapport à la situation qui prévalait en 2010-2011. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 3b), l'OAI lui a alors fixé un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision, l'avertissant que passé ce délai et sans éléments nouveaux, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Ce délai a par la suite été prolongé à trois reprises suite à des appels téléphoniques de l'assuré, soit jusqu'au 30 septembre 2012, jusqu'au 31 octobre 2012 puis jusqu'au

## **E. 20**

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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