

VD_GERICHTE ZD13.040516 vom 29. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.040516

FR: VD_GERICHTE ZD13.040516 du 29 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.040516 del 29 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

Le litige a trait à l'assurance-invalidité.

E. 1.1

Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation à l'art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et à l'art. 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

E. 1.2

Le recours déposé par l'assuré, agissant personnellement, par acte du 20 septembre 2013 contre la décision de l'OAI du 23 août 2013 respecte le délai de recours de trente jours prévu à l'art. 60 al. 1 LPGA. Il se pose toutefois encore deux questions. La première est de savoir si le recours doit être déclaré irrecevable parce que l'avance de frais a été effectuée avec un jour de retard (cf. art. 47 al. 3 LPA-VD). A cet égard, il faudrait toutefois tenir compte du fait que le Tribunal de céans, pas encore informé de la mesure de curatelle, s'était adressé exclusivement à l'assuré

- 18 - et que celui-ci est sous curatelle de portée générale, notamment en raison de ses difficultés à gérer ses affaires administratives. A cela s'ajoute la deuxième question de savoir si le recours nécessitait l'accord du curateur, voire même de la Justice de paix (cf. d'une part les art. 16 ss CC et, d'autre part, l'art. 416 al. 1 ch. 9 CC, soit la nécessité pour le curateur de requérir le consentement de l'autorité de protection de l'adulte pour « plaider »), et si ces actes de consentement ont été donnés de manière régulière. Dans un premier temps, dans le délai imparti à cet effet par le Tribunal de céans, le curateur avait laissé entendre qu'il ne donnait pas son consentement au recours de l'assuré. Toutefois, après l'échéance

du délai, il ne s'est plus opposé au recours et il s'est finalement même adressé au conseil actuel, afin que ce dernier se charge de la présente cause de l'assuré. Quant à la Justice de paix, elle ne s'est apparemment pas prononcée clairement, du moins pas à l'égard du Tribunal de céans, sur un quelconque consentement au sujet du recours de l'assuré, respectivement des déclarations du curateur (cf. ci-dessus let. D/c). Quoiqu'il en soit, au vu du sort de la cause, ces questions peuvent demeurer indécises.

E. 1.3

Vu l'objet du litige, la valeur litigieuse excède 30'000 fr., raison pour laquelle la cause relève de la compétence de la Cour des assurances sociales dans une composition ordinaire de trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD et 83c LOJV).

E. 2

Dans la demande de « réexamen » du 8 décembre 2012 adressée par le Dr Q. _____ à l'intimé, il est mentionné que la décision de refus du 17 juillet 2012 n'avait « pas été notifiée dans le délai légal, lui permettant ainsi de faire appel ». L'intimé avait adressé et notifié ladite décision à l'OTG, vu que le recourant était au bénéfice d'une tutelle au sens de l'ancien art. 369 CC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012. Le recourant a ensuite pu en prendre connaissance, puisque, notamment le 20 octobre 2012, il a demandé à l'intimé la transmission d'une copie supplémentaire. Il n'y a

- 19 - pas eu de recours, ni de demande de restitution de délai dans les délais légaux (cf. art. 41 et 60 LPGa), de sorte que la décision du 17 juillet 2012 était entrée en force, lorsque le Dr Q. _____ s'est adressé à l'intimé par écriture du 8 décembre 2012. L'objet du recours n'est donc pas la décision de refus du 17 juillet 2012. Dans la présente procédure judiciaire, le recourant, représenté par un conseil d'office, n'a d'ailleurs pas remis cela en cause et notamment pas exposé qu'un motif de restitution existait par rapport à un recours contre cette décision, ni qu'un tel motif avait été invoqué dans le délai de l'art. 41 LPGa par demande motivée tout en accomplissant l'acte omis. La décision du 17 juillet 2012 est donc définitivement entrée en force et est uniquement litigieux le refus de l'intimé, par décision du 23 août 2013, d'entrer en matière sur la demande de « réexamen » introduite par courrier du Dr Q. _____ du 8 décembre 2012.

E. 3

et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]; 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

- 21 - 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 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 et 4.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf.

ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, l'intimé a respecté ces principes en donnant au recourant, avec son projet de décision du 12 juin 2013, la possibilité de se prononcer et d'apporter d'autres moyens de preuve pour rendre plausible une éventuelle aggravation ou modification de son invalidité (cf. TF 9C_789/2012 précité). C'est ce que le recourant a en effet tenté de faire en demandant à son médecin traitant, le Dr Q. _____, de s'adresser une nouvelle fois le 11 juillet 2013 à l'intimé. Contrairement à ce que soutient le recourant en invoquant un formalisme excessif dans son écriture du 1er juillet 2014, le Tribunal cantonal ne doit effectivement pas tenir compte de rapports médicaux produits postérieurement à la décision attaquée. Toutefois, cette constatation faite par l'intimé dans son mémoire du 5 juin 2014 est en l'espèce sans incidence, puisque tous les documents médicaux produits dans la procédure l'ont été avant que la décision attaquée ait été rendue le 23 août 2013. Cela concerne notamment l'écriture que le Dr Q. _____ avait adressée le 11 juillet 2013 à l'intimé et que le Tribunal de céans prendra donc en compte lors de l'examen de la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de « réexamen » formulée en décembre 2012.

E. 3.1

Lorsqu'une rente AI a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] tel qu'en vigueur depuis le 1er janvier 2012, auparavant art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b). Par ailleurs, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas de conclure à l'existence d'une aggravation qui justifierait une révision de la décision d'octroi ou de refus de rente. La procédure de révision selon l'art. 17 LPGA ne sert pas à remettre en cause une décision rendue à la suite d'une appréciation divergente d'un état de fait qui n'a pas connu de modification notable (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70, p. 203, consid. 3a ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

- 20 - 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. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et a procédé à l'examen de la révision sur la base de l'art. 17 LPGA (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

E. 3.2

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), 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'ancien art. 73 RAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – 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 condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al.

E. 3.3

Dans son mémoire du 20 mai 2014, le recourant renvoie à l'écriture précitée du Dr Q._____ du 11 juillet 2013. Il souffrirait d'une hypersthésie douloureuse invalidante. Cette affection, associée « aux

- 22 - éléments propres à [sa] personnalité [...] mentionnés notamment à la page 18 de l'expertise de la Polyclinique V._____ » aurait dû amener l'intimé à considérer que sa capacité de travail est diminuée et à entrer en matière sur la demande de révision. De plus, dans son courrier du 8 décembre 2012, le Dr Q._____ avait retenu que le recourant avait développé des troubles neurologiques sensitifs au niveau des deux jambes sous forme de paresthésie et hypoesthésie en chaussette, des troubles circulatoires et surtout une hyperesthésie douloureuse marquée. L'électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 6 mars 2012 avait confirmé l'atteinte neuropathique périphérique myélinique.

E. 3.4

Dans le rapport d'expertise de la Polyclinique V._____ du 16 mai 2012, les experts avaient reconnu une – certes discrète – atteinte poly-neuropathique axonale des membres inférieurs. Les experts avaient toutefois conclu que cette atteinte ne causait pas une incapacité de travail significative dans l'activité professionnelle du recourant dans l'agriculture. Dans cette mesure, ils avaient notamment aussi relevé la sensation de froid décrite par le recourant (cf. p. 8 du rapport d'expertise et courrier du Dr R._____ du 17 janvier 2012). Le Dr Q._____ est d'un autre avis que les experts de la Polyclinique V._____. Selon lui, lesdits troubles sont invalidants, du moins en tant qu'agriculteur avec des activités qui se déroulent en majorité à l'air libre. En définitive, il s'agit toutefois de la part du Dr Q._____ d'une autre appréciation d'un même état de fait. Ce médecin n'a pas exposé, ni démontré, que l'état de santé du recourant s'était aggravé, voire que son invalidité avait augmenté de manière notable depuis la dernière expertise, respectivement depuis la décision de l'OAI du 17 juillet 2012. Au contraire, il ressort de ses écritures des 8 décembre 2012 et 11 juillet 2013 que ses allégations concernent déjà la période avant que le rapport d'expertise et la décision du 17 juillet 2012 aient été rendus. Ainsi, le Dr Q._____ déclare dans son courrier du 8 décembre 2012 que l'ENMG réalisé le 6 mars 2012 confirmait l'atteinte neuropathique périphérique myélinique.

- 23 - Non seulement cet examen est antérieur au rapport d'expertise, mais celui-ci avait également retenu l'ENMG du 6 mars 2012 (cf. p. 7 de l'expertise). De plus, dans son courrier du 11 juillet 2013, le Dr Q._____ a lui-même affirmé que les troubles qu'il faisait valoir pour le réexamen existaient déjà immédiatement après le traitement chirurgical, suivi du retrait du clou en 2007/2008, donc bien avant la première décision de refus de rente de juillet 2012, en indiquant que « Depuis lors, il continue de souffrir des troubles neurologiques susmentionnés qui constituent un frein à la poursuite de son activité

professionnelle ». Dans cette mesure, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de l'invalidité de manière à influencer ses droits au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Dès lors, en application de cette disposition, il n'est à juste titre pas entré en matière sur la demande de « réexamen » du 8 décembre 2012, complétée par l'écriture du Dr Q._____ du 11 juillet 2013.

E. 3.5

En ce qui concerne l'expertise psychiatrique que la Justice de paix avait mise en oeuvre en 2009, le rapport rédigé à cette occasion avait déjà été versé au dossier de l'intimé à l'occasion de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité. La Policlinique V._____ avait tenu compte de cet élément lors de sa propre expertise en 2012. Ce rapport de 2009, produit une nouvelle fois par le curateur en janvier 2014, n'est donc pas nouveau pour la procédure en assurance-invalidité et ne peut donc justifier une procédure de révision.

E. 4

Faute de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant, une révision en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA est également exclue. Certes, sur la base de cette disposition peuvent être invoqués des faits « nouveaux » qui existaient déjà lors de la première décision de refus, en l'occurrence celle du 17 juillet 2012, mais qui n'étaient pas encore connus ou ne pouvaient pas encore être prouvés malgré toute la diligence du requérant. Cependant, une appréciation divergente par un médecin, en l'espèce par le Dr Q._____, d'un même état de fait que celui qui a été apprécié par - 24 - les experts de la Policlinique V._____, le SMR et l'OAI, ne permet pas une révision selon la disposition précitée (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3).

E. 5

Le recourant ne peut pas non plus invoquer une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Cette disposition permet à l'assureur de revenir sur les décisions formellement passées en force, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Une telle reconsidération ne peut toutefois être imposée par la voie judiciaire (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; ATF 106 V 78 consid. 2). De plus, vu le rapport d'expertise de la Policlinique V._____ du 16 mai 2012 – documenté, circonstancié et bien motivé, qui retient une capacité de travail entière –, la décision de l'intimé du 17 juillet 2012, qui se fonde sur cette expertise, n'apparaît pas manifestement erronée. Le recourant et le Dr Q._____ n'ont d'ailleurs même pas démontré que l'expertise de la Policlinique V._____ ou la décision de l'intimé aurait ignoré des éléments qui sont objectivement vérifiables et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts de la Policlinique V._____ (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; TF 9C_314/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2).

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, la décision de non-entrée en matière de l'intimé du 23 août 2013 étant confirmée.

E. 7.1

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours est soumise à des frais judiciaires selon l'art. 69 al. 1bis LAI. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés en l'espèce à 400 fr., que le recourant a déjà versés, et sont mis à sa charge, vu qu'il succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Pour cette même raison, le recourant n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

- 25 -

E. 7.2

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch, avec effet au 26 février 2014 (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense des intérêts du recourant de six heures et trente minutes et de 50 fr. de débours globaux. Après examen, le temps passé à la réalisation des opérations listées paraît adéquat. Le tarif horaire applicable est de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Le conseil d'office fait aussi valoir 120 fr. de frais de vacation au greffe du Tribunal de céans pour consultation du dossier. Ce montant ne peut être retenu, puisque, sur demande, le Tribunal transmet gratuitement le dossier pour consultation aux études des avocats suisses. Dans cette mesure, ne seront pris en considération que 13 fr. supplémentaires de frais de renvoi du dossier au Tribunal (PostPac Priority jusqu'à 5 kg avec signature). Ainsi, l'indemnité d'office de Me Bloch doit être fixée au montant de 1'331 fr. 64 ([6,5 h x 180 fr.] + 63 fr. [débours] + 98 fr. 64 [TVA à 8%]), arrondi à 1'332 francs. 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, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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