

VD_GERICHTE ZD14.035391 vom 24. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.035391

FR: VD_GERICHTE ZD14.035391 du 24 février 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.035391 del 24 febbraio 2015

Erwägungen

E. 10

janvier 2014, par lesquelles elle a considéré qu'il présentait une invalidité totale. Selon lui, l'OAI ne pouvait refuser d'entrer en matière et devait à tout le moins procéder à une instruction sur le plan psychiatrique. Il a requis la production du dossier de l'institution de prévoyance O._____. Le 27 juin 2014, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de l'assuré, considérant en résumé qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que la situation de fait s'était modifiée de manière essentielle depuis la décision

- 13 - du 13 mars 2013. L'OAI a en substance rappelé ces motifs dans un courrier du même jour accompagnant cette décision. Par courrier du 26 août 2014, le Dr C._____ a transmis à l'OAI divers rapports médicaux concernant l'assuré, notamment : - un rapport établi le 8 août 2014 par le Dr H._____, spécialiste en cardiologie, qui a exposé avoir examiné l'assuré à la suite d'un infarctus survenu environ un mois auparavant et a en particulier posé les diagnostics suivants : "(...) ■ Maladie coronarienne - Status post NSTEMI (09.07.2014) - Coronaropathie bitronculaire avec PCI d'une occlusion de la Mx I, sténose de 70% de l'IVA moyenne et de 50% de la Dx II (09.07.2014, [...]) - Actuellement : patient asymptomatique, dysfonction systolique modérée du VG avec hypokinésie (inféro)-postérieure, région moyenne (FEVG 45%), insuffisance mitrale légère-modérée (I-II/IV) sur dysfonction du pilier post IM et test d'effort sous- maximal et incomplet cliniquement négatif, électriquement non évaluable en raison d'un BBG complet (contrôle cardiologique 08.08.2014) ■ BAV 1° complet et BBG complet ■ Facteurs de risques cardiovasculaires : (ancien ?) tabagisme (35 P/a), dyslipidémie, TA labile/HTA ? AF formellement négatifs (père avec AMI à 78 ans) (...)"; - un courrier du 20 août 2014 de la Dresse R._____, médecin associée au service de rhumatologie du [...], qui a indiqué que le cas de l'assuré était "très complexe (...), le substrat organique faible et le contexte psycho-social dramatique". Elle a en substance relevé que la force physique de l'assuré lui faisait défaut, mais que des investigations devaient avoir lieu sur le plan cardiaque avant toute autre intervention. Au vu de ces éléments, le Dr C._____ a retenu que les chances de l'assuré de réintégrer le monde du travail s'étaient encore amenuisées, l'infarctus qu'il avait subi l'ayant privé de ses aptitudes physiques. Par ailleurs, son état dépressif se serait également aggravé à la suite des difficultés conjugales et socio-économiques auxquelles il devait

- 14 - faire face, des menaces de mort et de suicide ayant en particulier été proférées. Finalement, l'appréciation de la Dresse R._____ attesterait de l'absence de toute chance de réadaptation de l'assuré. Par courrier du 1er septembre 2014, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir un nouveau formulaire de demande de prestations compte tenu de l'aggravation de son état de santé signalée par le Dr C._____. B. Par acte de sa

mandataire du 2 septembre 2014, V. _____ a recouru contre la décision du 27 juin 2014, qui lui a été notifiée le 2 juillet 2014 concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire de son état de santé psychique. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2013. Dans sa réponse du 27 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 27 juin 2014. Se fondant sur l'avis médical du SMR du 28 mars 2014, il a exposé qu'aucun élément médical ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé de ce dernier qui soit de nature à modifier ses droits. Il a en outre relevé que les éléments produits le 26 août 2014 faisaient l'objet d'une nouvelle procédure, si bien qu'ils n'entraient pas en ligne de compte dans le cadre du recours, ces éléments étant postérieurs à la décision litigieuse. Répliquant le 20 novembre 2014, le recourant a maintenu ses requêtes et conclusions, contestant pour l'essentiel l'absence, dans les pièces produites à l'appui de sa seconde demande de prestations, d'éléments médicaux nouveaux et se référant à ses précédents arguments. Il a en outre produit un rapport établi par le Dr C. _____ le 9 septembre 2014, par lequel ce praticien a précisé avoir reçu le recourant en consultation pour la première fois le 17 septembre 2008 en raison de douleurs dorsales. Par la suite, soit le 26 novembre 2010, il lui avait prescrit des antidépresseurs en raison d'une idéation dépressive, d'une irritabilité et d'une persistance des douleurs, avec un résultat légèrement efficace.

- 15 - L'OAI a dupliqué le 11 décembre 2014, maintenant intégralement sa position. S'agissant du rapport du Dr C. _____ du 9 septembre 2014, il a relevé que les antidépresseurs prescrits au recourant étaient connus des médecins qu'il avait mandatés et que ces médicaments avaient été mentionnés dans les pièces du dossier fondant la décision litigieuse. Le recourant s'est déterminé le 21 janvier 2015, confirmant une nouvelle fois ses réquisitions de preuves et conclusions et renvoyant à ses précédents arguments.

- 16 - E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Ce délai ne court pas du 15 juillet au 15 août inclus (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b LPGA). b) En l'espèce, la décision litigieuse a été notifiée le 2 juillet 2014, de sorte que le délai de recours a couru pendant douze jours jusqu'au 14 juillet 2014, puis a été suspendu pour recommencer à courir le 16 août 2014 et échoir le 2 septembre 2014.

- 17 - Déposé le dernier jour du recours et respectant les formalités prévues par la loi (cf. notamment l'art. 61 let. b LPGA), le recours est ainsi recevable. 2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 31 décembre 2013. 3. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci

doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 ces conditions sont remplies (al. 3). 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 c. 5.2.3; ATF 117 V 198 c. 4b; TF 9C_76/2009 c. 1.2). 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 c. 3a; TF 9C_67/2009 précité c. 1.2). A cet égard, elle 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

- 18 - 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 c. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 c. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 c. 1.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI. Ainsi, 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, l'administration doit seulement 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 c. 5.2.5; TF 9C_959/2011 précité c. 1.3). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (ATF 130 V 64 c. 2). Par analogie avec la révision (art. 17 LPGA), pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations (respectivement la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente) et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 71 c. 3.2.3; pour le tout TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 c. 2). 4. a) On relèvera préliminairement que dans un tel litige, 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 (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 c. 4.3; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 c. 4.1 et réf. cit.). b) Dès lors, on examinera uniquement si, sur la base des pièces produites à l'appui de sa seconde demande de prestations du

- 19 - 31 décembre 2013 et jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, le 27 juin 2013, le recourant a rendu plausible une modification de sa situation affectant ses droits depuis le précédent refus de prestations, savoir la décision du 12 mars 2013. Il ne sera en particulier

pas tenu compte des rapports médicaux établis par les Drs H._____, R._____ et C._____ des 8, 20 et 26 août 2014 ni du rapport médical établi par ce dernier le 9 septembre 2014, alors que la présente procédure était déjà pendante. Ces rapports restent toutefois pertinents pour un nouvel examen par l'OAI, conformément à ce qui ressort de son courrier du 1er septembre 2014. On peine par ailleurs à percevoir en quoi les réquisitions de preuve que le recourant prétend maintenir dans sa réplique du 20 novembre 2014 puis dans ses déterminations du 21 janvier 2015 seraient pertinentes, son acte de recours du 2 septembre 2014 étant muet à ce sujet. De telles réquisitions, qui se rapportent à la procédure pendante, ne recouvrent pas la conclusion du recourant tendant à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande de prestations du 31 décembre 2013 et procède dans ce cadre à une instruction complémentaire. Le recourant a certes requis, dans ses déterminations du 1er mai 2014 faisant suite au projet de décision de l'OAI du 1er avril 2014, la production du dossier de l'institution de prévoyance O._____. Une telle réquisition de preuve ne ressort en revanche pas de l'acte de recours. Quoiqu'il en soit, les pièces requises par le recourant avant que l'OAI ne rende la décision litigieuse n'ont pas été produites ni n'ont fait l'objet d'un examen de sa part. Conformément à ce qui précède, elles ne seraient ainsi pas recevables dans la présente procédure et il ne pourrait pas être fait droit à une éventuelle réquisition à cet égard. 5. a) Cela étant, l'OAI a motivé son refus d'entrer en matière en considérant, sur la base de l'avis médical du SMR – par le Dr M._____ – du 28 mars 2014, que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Selon l'OAI, les pièces produites à l'appui de la seconde

- 20 - demande ne représentaient qu'une appréciation différente d'un état de fait qui avait déjà fait l'objet d'une décision négative. Le recourant estime quant à lui que les rapports médicaux qu'il a déposés attestent d'une aggravation de son état de santé depuis le

E. 12

mars 2013, ou à tout le moins la rendent plausible. Les pièces ici en cause comprennent les rapports médicaux établis le 3 et 4 février 2014 par la Dresse N._____ respectivement par le Dr C._____. b) On relèvera d'abord que, dans ces rapports médicaux, la Dresse N._____ a posé un diagnostic exclusivement sur le plan psychiatrique. De son côté, le Dr C._____ a constaté la "persistance" d'un syndrome somatique marqué chez le recourant. Le caractère persistant de ce syndrome, par ailleurs décrit en des termes très vagues, exclut qu'il s'agisse d'un élément nouveau affectant l'état de santé du recourant. Au contraire, une telle constatation constitue une nouvelle appréciation d'une situation médicale déjà existante. Le recourant n'a ainsi rendu vraisemblable aucune péjoration de son état de santé sur le plan somatique entre le 12 mars 2013 et le 27 juin 2014. Sur le plan psychique, la décision de refus de rente du 12 mars 2013 était fondée sur le rapport bidisciplinaire du SMR du 7 mars 2012 faisant suite à un examen clinique du recourant du 11 janvier 2012. La Dresse O._____ avait alors conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique. Le Dr C._____ retient une aggravation générale de l'état de santé du recourant, mais ne motive pas son appréciation. Il se fonde toutefois sur un rapport détaillé de la Dresse N._____, laquelle a conclu à un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique marqué et a retenu une incapacité totale de travail d'un point de vue psychiatrique. Elle a ainsi relevé des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration, une anhédonie marquée avec aboulie,

- 21 - apragmatisme, une perte de l'élan vital et des idées suicidaires sans courage de passer à l'acte. De fait, la Dresse N. _____ n'a pas fondé son diagnostic sur de seuls éléments "bio-psycho-sociaux". Elle l'a au contraire justifié par les constatations qu'elle a faites lors des consultations des 21 et 30 janvier 2014 avec le recourant. c) Ces éléments rendent plausibles la présence d'un état dépressif comme l'a relevé la Dresse N. _____ en 2014, diagnostic qui était absent lors de l'examen clinique réalisé par la Dresse O. _____ deux ans plus tôt. L'on constate encore que la décision attaquée se fonde sur l'avis médical du SMR du 2 mars 2014, dans lequel ce dernier rappelle que dans le cadre d'une nouvelle demande, c'est à l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé. Or, il ne s'agit pas pour l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation, mais uniquement de la rendre plausible (cf. supra c. 3). Il sied en outre de relever que la Dresse N. _____ ne connaissait pas le recourant – comme cela ressort du courrier du 4 février 2014 du Dr C. _____ – avant d'avoir procédé aux examens cliniques des 21 et 30 janvier 2014, si bien que l'argument du SMR relatif aux "critères jurisprudentiels d'empathie du (...) psychiatre traitant" tombe à faux. Dans ce contexte, le fait que la Dresse N. _____ ait conclu que le recourant avait vraisemblablement présenté des éléments anxio-dépressifs motivant l'introduction de différents traitements antidépresseurs dans le courant de l'année 2010, doit être considéré comme une hypothèse et non une affirmation. Cet élément ne saurait en tous les cas conduire l'intimé, en l'état du dossier, à conclure à une appréciation différente d'un même état de fait, la Dresse N. _____ s'étant uniquement prononcée sur la gravité de l'état dépressif en 2014. L'OAI doit ainsi, en l'état de la procédure, entrer en matière et conduire les mesures d'instruction permettant d'établir la situation médicale du recourant. L'instruction devra en outre s'étendre aux troubles de santé invoqués en cours de procédure par le recourant (cf. supra c. 4). 6. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour

- 22 - instruction et décision sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. 7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LGPA, 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 de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI. b) Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a en outre droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, vu l'importance et la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS; art. 55 al. 2 LPA-VD).

- 23 -