

VD_GERICHTE ZD14.043059 vom 15. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.043059

FR: VD_GERICHTE ZD14.043059 du 15 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.043059 del 15 maggio 2015

Erwägungen

E. 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 (art. 69 al. 1 let a LAI) – 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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

- 10 - b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieux en l'espèce le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 3 mars 2014.

E. 3

Par sa décision du 25 septembre 2014, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, au motif que celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision de refus du 19 avril 2006, susceptible de changer son droit aux prestations. De son côté, le recourant conteste le bien-fondé de cette décision, arguant de la violation de règles formelles, qu'il convient d'examiner en premier lieu.

E. 4

a) Le recourant reproche tout d'abord à l'intimé une notification irrégulière de son projet de décision du 22 juillet 2014, qui a selon lui eu pour effet une violation de son droit d'être

entendu. En lui adressant directement ledit projet, alors qu'il était représenté par son assurance de protection juridique, l'OAI l'aurait privé de la possibilité de faire valoir ses observations. Compte tenu des fêtes estivales et des

- 11 - règles prévalant en cas de notification irrégulière d'une décision, il bénéficiait à son sens d'un délai au 15 octobre 2014 pour réagir au projet de décision. En rendant la décision attaquée le 25 septembre 2014 déjà, l'intimé l'avait ainsi privé de son droit d'être entendu et notamment de la possibilité de produire un rapport médical plus détaillé exposant en quoi sa situation avait changé depuis la décision rendue en 2006. Le recourant fait en outre grief à l'intimé d'avoir rendu une décision insuffisamment motivée, dans la mesure où tant la décision attaquée que l'avis médical du SMR du 30 mai 2014 n'indiquent selon lui pas précisément quels ont été les éléments de faits analysés ni les raisons pour lesquelles les éléments produits à l'appui de sa nouvelle demande n'ont pas été considérés comme rendant vraisemblable une modification essentielle de sa situation. Ces deux griefs ressortissent du droit d'être entendu. b) Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment pour le justiciable le droit de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique et de produire des preuves pertinentes (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; TF 8C_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.2). Par exception, une violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas particulièrement grave, peut être réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure. Par ailleurs, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

- 12 - aa) En l'occurrence, on ne peut suivre le recourant lorsqu'il déduit une violation de son droit d'être entendu de la notification irrégulière du projet de décision du 22 juillet 2014. Certes, le 25 mars 2014, l'intimé est entré en possession d'une procuration à teneur de laquelle l'assuré autorisait, avec droit de substitution, son assurance de protection juridique à le représenter dans le cadre de la procédure relative à sa nouvelle demande d'AI. On peut ainsi admettre avec le recourant que dès ce moment-là, l'OAI aurait dû notifier ses communications à son représentant (cf. art. 37 LPGA ; cf. également ATF 99 V 177 consid. 3 ; TF 9C_529/2013 du 2 décembre 2013 consid. 4 ; SVR 2009 UV n° 16 p. 62, 8C_210/2008 ; RAMA 1997 n° U 288 p. 442, U 263/96, consid. 2b). A teneur de l'art. 49 al. 3 LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties. Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement comme conséquence la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (122 I 97 consid. 3a/aa, 111 V 149 consid. 4c et les références ; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1, C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a et les références, in DTA 2002 p. 65). Le Tribunal fédéral des

assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TF C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c, résumé in RSAS 2002 p. 509 ; C 196/00 précité consid. 3a). Cette pratique a été confirmée récemment, à la lumière de la CEDH et de la LPGA

- 13 - (TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1, 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2, 6.3 et 6.8). bb) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Le juge doit plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1, 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 avec les références). cc) En l'espèce, le recourant ne démontre, ni même n'allègue avoir agi de manière conforme aux exigences jurisprudentielles précitées en matière de notification irrégulière. Il ne fournit en effet aucun élément permettant de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, se conformant à son devoir de diligence, il a bien transmis le projet de décision de l'OAI du 22 juillet 2014 à son représentant dans le délai de 30 jours qui lui était imparti pour formuler ses observations, soit, compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 LPGA), le 15 septembre 2014 au plus tard. De même, son représentant ne dit rien sur la date à laquelle il a été informé par son client de l'existence du projet de décision. Il n'apporte dès lors aucun élément permettant de retenir comme établi, même au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment où est intervenue la décision litigieuse, le second délai de 30 jours accordé par la jurisprudence fédérale en cas de notification irrégulière n'était pas déjà échu.

- 14 - En outre, même à retenir que le recourant ait transmis le projet de décision du 22 juillet 2014 à son assurance de protection juridique au plus tard le 15 septembre suivant, on ne conclurait pas d'avantage à la violation de son droit d'être entendu. En effet, le principe de la bonne foi - qui constitue un principe général du droit également applicable dans le domaine de la procédure - oblige celui qui constate un prétendu vice de procédure à le signaler immédiatement, à un moment où il pourrait encore être corrigé, et lui interdit d'attendre en restant passif afin de pouvoir s'en prévaloir ultérieurement devant l'autorité de recours (cf. p. ex., à propos du droit d'être entendu, arrêt 8D_4/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, in RDAF 2010 I 239, SJ 2010 I 486) ; 119 IA 221 consid. 5a et les références citées ; arrêt 6P.120/1998 du 7 janvier 1999 consid. 2b ; JEAN-FRANÇOIS EGLI, La protection de la bonne foi dans le procès, in : Verfassungsrechtsprechung und Verwaltungsrechtsprechung, Zurich 1992, p. 238 ss.). Ainsi, en sa qualité de mandataire

professionnel, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA ne pouvait pas rester passive pour se prévaloir ensuite d'une violation du droit d'être entendu de son assuré. On pouvait au contraire attendre d'elle qu'à réception du projet de décision du 22 juillet 2014, elle réagisse immédiatement en s'annonçant auprès de l'OAI afin de porter à sa connaissance le vice de forme et éviter la notification d'une décision, qu'elle devait pourtant savoir imminente, même compte tenu des fêtes. On ajoutera à cela que le recourant n'a pas fourni à la Cour de céans le rapport médical détaillé que, selon les arguments développés dans son acte de recours, il aurait produit à l'OAI s'il avait pu faire valoir ses observations au projet de décision. c) La jurisprudence a en outre déduit du droit d'être entendu l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3, TF 1C_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25 ; TAF 2010/35 consid. 4.1.2). Ce droit a été repris par l'art. 49 al. 3 LPGA. L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer

- 15 - et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). L'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; TAF 2010/35 consid. 4.1.2). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3). La décision attaquée expose que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle de l'état de fait depuis le 19 avril 2006, date de la dernière décision de refus de prestations AI. Si on peut admettre qu'elle ne contient pas une motivation très étayée, ceci est toutefois justifié par les spécificités de la procédure concernée. En effet, en cas de nouvelle demande, comme il sera développé ci-après (cf. consid. 6a), il appartient à l'assuré de rendre plausible l'aggravation de sa situation, faute de quoi l'administration n'entre pas en matière sur la demande. Lorsqu'elle considère que les conditions posées à une entrée en matière et à l'instruction du dossier au fond ne sont pas données, l'administration rend ainsi par essence une décision moins motivée qu'en cas de rejet d'une demande au fond. Il n'en demeure pas moins que l'assuré en a saisi la portée et les motifs, dans la mesure où il invoque que s'il avait pu faire valoir son droit d'être entendu en procédure administrative, il aurait produit un rapport médical plus détaillé exposant en quoi sa situation avait changé depuis 2006. d) Dans ces conditions, il ne saurait en l'espèce être question d'une violation du droit d'être entendu du recourant.

E. 5

Dans un troisième moyen, le recourant reproche à l'intimé d'avoir statué sur un état de fait incomplet, voire erroné, au motif qu'il n'a pas mis en œuvre des mesures d'instruction. Ce grief également tombe à

- 16 - faux. En effet, 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 nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). 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 LPGA 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. 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'incombait nullement à l'OAI de mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires.

E. 6

Les griefs d'ordre formel soulevés par le recourant étant irrelevants, il reste encore à examiner si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande formulée par l'assuré le 3 mars 2014. Si on peut inférer du mémoire de recours que le recourant n'est pas d'accord avec le refus d'entrer en matière, force est de constater qu'il ne présente cependant aucune argumentation permettant de déduire en quoi les constatations de l'intimé seraient inexactes. a) Aux termes de l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art.

- 17 -

E. 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 les conditions de l'al. 2 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259). 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 précité consid. 1.2). Le moment déterminant pour produire les moyens de preuves pertinent est celui du dépôt de la nouvelle demande ; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai

raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Dans le cadre de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus de prestation (cf. ATF 130 V 66 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf.

- 18 - TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 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, TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). b) En l'espèce, il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de mars 2014, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 25 septembre 2014 par laquelle l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande du 3 mars 2014 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 19 avril 2006 rejetant la demande de prestations du 13 décembre 2005. On rappellera également que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 5 supra) et que dès lors, dans un tel contexte, la juridiction cantonale n'a pas à mettre des

- 19 - mesures d'instruction, ni – contrairement à l'opinion du recourant – à renvoyer la cause l'administration en vue d'une telle instruction. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 3 mars 2014, l'assuré a été invité par l'OAI à produire un rapport médical détaillé, précisant notamment le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur, la date à laquelle dite aggravation était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail ainsi que le pronostic. L'intéressé a produit un certificat médical du Dr F._____ du 7 avril 2014 signalant, sous la forme d'une simple énumération, une hernie discale postéromédiane paramédiane gauche L5- S1, une sténose canalair L3-L4 et L4-L5, une affection « F 32.2 », des difficultés à la marche et un trouble de l'humeur. Le médecin traitant a estimé que son patient était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle ; il a en outre émis un pronostic réservé, en renvoyant sur ce point au rapport médical du 16 décembre 2013 du Dr H._____, joint à son certificat médical. aa) Or,

dans son certificat du 7 avril 2014, le Dr F. _____ se limite à énumérer des diagnostics qu'à aucun moment il n'étaye par des analyses médicales concrètes et objectives. Il ne fournit aucune précision permettant de cerner les éléments l'ayant conduit à retenir ces pathologies. Il n'explique en particulier pas en quoi il y aurait eu aggravation de l'état de santé de son patient depuis 2006, ni depuis quand celle-ci se serait imposée, alors que l'intimée, dans son courrier du 5 mars 2014 demandait expressément des explications détaillées sur ces points. Le Dr F. _____ ne se prononce pas non plus sur l'impact des affections énumérées en terme de capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'il ne définit au demeurant pas. En se bornant à reconnaître à son patient une totale incapacité de travail dans son activité habituelle, il ne fournit aucun élément susceptible de

- 20 - modifier les droits de l'intéressé, dès lors qu'en 2006 c'est bien la pleine exigibilité dans une activité adaptée qui avait conduit au refus de prestations. Sur ce dernier point, le médecin traitant ne s'exprime pas. Pour rappel, en 2006, les Drs V. _____ et C. _____ avaient également conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, ce qui ne les avaient pas empêché de reconnaître une pleine capacité résiduelle dans une activité adaptée (cf. rapport du 24 janvier et 17 février 2006). En outre, le diagnostic de hernie discale postéromédiane paramédiane gauche L5-S1 posé par le Dr F. _____ est superposable à celui prévalant lors de la première demande. Dans son rapport du 6 juillet 2005, la Dresse Z. _____ avait en effet retenu des lombo-sciatalgies chroniques L5 gauches, déficitaires sur le plan moteur avec syndrome irritatif résiduel sur hernie discale L4-L5 médiane et foraminale gauche. Le 29 juillet 2005, le Dr V. _____ faisait à son tour état de probable syndrome radiculaire irritatif probablement L5 gauche, précisant le 21 janvier 2006 que ledit syndrome, sur troubles statiques et dégénératifs (hernie discale L4-L5 médiane et foraminale gauche) portait atteinte à la capacité de travail de l'assuré. Le Dr S. _____, dans son rapport du 12 octobre 2005, confirmait le diagnostic de syndrome lombo-vertébral et syndrome radiculaire algique, hypoflexique et peut-être discrètement moteur L5 et S1 gauches liés à une hernie discale L4-L5. Enfin, le 21 juin 2006, la Dresse C. _____ reconnaissait elle aussi la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et foraminale gauche. Se fondant sur ces différents rapports, l'intimé avait retenu la présence d'un syndrome radiculaire L5 gauche sur hernie discale. Sur le point de la hernie discale, le certificat médical du Dr F. _____ ne rend donc nullement plausible une modification de l'état de santé du recourant susceptible de se répercuter sur son droit aux prestations d'invalidité. On remarquera au demeurant que la sténose canalairale L3-L4 et L4-L5 alléguée par le Dr F. _____ n'a pas été relevée par le Dr H. _____, neurologue, à l'issue de son examen du 13 décembre 2013 et ne ressort pas non plus de l'IRM du 1er octobre 2013. Quant aux difficultés de marche évoquées par le médecin traitant, elles s'opposent aux

- 21 - constatations du Dr H. _____, qui fait état d'une démarche normale et d'une marche sur pointes et talons bien exécutée. Faute d'être motivées ou documentées, ces affirmations du médecin traitant ne sont dès lors pas convaincantes. Les atteintes psychiques énumérées par le Dr F. _____ ne le sont pas davantage, et ceci pour les mêmes raisons. Le médecin traitant met tout d'abord en avant une affection « F32.2 », sans même préciser le type d'atteinte, avec le risque d'erreur que cela comporte. Il n'expose au demeurant pas les raisons qui l'ont amené à retenir ce diagnostic et notamment pas le type et le nombre de symptômes présentés par son patient, indispensables pour qualifier la

gravité d'un épisode dépressif selon les critères retenus par la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10). Il ne décrit pas davantage les implications concrètes en termes de limitations fonctionnelles ou de capacité de travail. Il ne fait pas mention d'un traitement, d'un suivi spécialisé, ou d'un autre élément permettant de rendre plausible l'existence d'un épisode dépressif sévère au sens de « F32.2 », que le recourant ne mentionne au demeurant pas dans sa nouvelle demande, se limitant à faire valoir une hernie discale. Conjointement à ce diagnostic « F32.2 », le Dr F. _____ avance également un « trouble de l'humeur », diagnostic des plus imprécis sans référence CIM-10 et potentiellement en contradiction avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère. La terminologie de « trouble de l'humeur » couvre en effet tant de manière générique tous les troubles F30 à F39 de la CIM-10 que les troubles de l'humeur dont la sévérité n'est pas suffisante pour constituer un épisode dépressif même léger (cf. F34, 38 et 39 CIM- 10). A noter que dans son rapport du 29 juillet 2005, le Dr V. _____ avait déjà relevé quelques éléments plaidant en faveur d'une dépression (troubles du sommeil, sensation de ras le bol, tristesse, peut-être irritabilité nouvelle et dévalorisation), lesquels n'avaient toutefois pas remis en question la pleine exigibilité de sa capacité de travail dans une activité adaptée. En l'absence d'indication objective susceptible d'étayer une évolution dans le sens d'une aggravation, les maigres éléments apportés par le Dr F. _____, qu'il convient au surplus de relativiser compte tenu du fait que le généraliste ne dispose d'aucune spécialisation

- 22 - en psychiatrie, ne sauraient rendre plausible une modification de l'état psychique du recourant dans une mesure influant son droit aux prestations. A l'aune de ce qui précède, il sied de retenir avec l'intimé que le certificat du Dr F. _____ est à tel point sommaire qu'il ne répond pas aux exigences posées par l'art. 87 al. 3 RAI dans le sens de ce qui a été exposé au considérant 6a ci-dessus. Le simple fait d'alléguer des diagnostics ne suffit manifestement pas à rendre plausible une aggravation dans une mesure suffisante pour influencer sur le droit aux prestations d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande. Dans ces conditions, les assertions nullement motivées du médecin généraliste traitant ne sauraient être considérées comme convaincantes. bb) Le rapport du 13 décembre 2013 du Dr H. _____ joint par le Dr F. _____ à son certificat du 7 avril 2014 ne permet pas d'appréhender la situation sous un autre angle. Le neurologue se réfère à une IRM du 1er octobre 2013, qui avait mis en évidence une hernie discale paramédiane gauche L5-S1 entrant en conflit avec la 1ère racine sacrée à gauche et de protrusions L3-L4/L4-L5 gauches, sans autres éléments inquiétants. Le Dr H. _____ précise que les mouvements d'inflexion latérale du rachis sont indolores bilatéralement et qu'il n'existe pas de signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes L4 à S1 gauches. Il conclut à une lombosciatalgie S1 gauche irritative, non déficitaire, caractérisée par une limitation pour la manœuvre de Lasègue à gauche dès 50°. Les différentes mesures effectuées par le neurologue le

E. 13

décembre 2013 ne plaident pas non plus en faveur d'une aggravation de la situation : - la manœuvre de Lasègue est bloquée à 50° à gauche, alors qu'elle était douloureuse à 45° déjà le 6 juillet 2005 (cf. rapport de la Dresse Z. _____) et à 30° le 12 octobre 2005 (cf. rapport du Dr S. _____),

- 23 - - les résultats du test de Schober pratiqué en décembre 2013 (10/12 cm) sont également superposables à ceux obtenus par le Dr S. _____ le 12 octobre 2005, d'une valeur de 10/12.5 cm, - la distance doigts-sol de 54 cm constatée par le Dr H. _____ ne

diffère pas de manière significative de celle relevée par le Dr S. _____ le 12 octobre 2005, à hauteur de 50 cm. c) En définitive, en l'absence de toute explication médicale étayée permettant de douter des conclusions prises par le SMR (cf. avis du Dr X. _____ du 30 mai 2014), force est de retenir que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification substantielle de son état de santé somatique ou psychique, qui imposerait une nouvelle détermination de sa capacité de travail et de gain, au sens requis par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Ni le certificat du 7 avril 2014 du Dr F. _____ ni celui du 13 décembre 2013 du Dr H. _____ ne viennent sérieusement relater une modification sensible de l'état de santé du recourant, que ce soit sous l'angle somatique ou sous l'angle psychique. 7. Dans la mesure où le recourant n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 8. a) 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, compte tenu de la nature du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs. - 24 - b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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