

VD_GERICHTE ZD15.019172 vom 20. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.019172

FR: VD_GERICHTE ZD15.019172 du 20 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.019172 del 20 novembre 2017

Erwägungen

E. 3

et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265). 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, 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 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » 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

- 25 - 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 vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité 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. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004). d) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid.

5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2).

E. 4

Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où les motifs de révision et ceux tirés de la révision procédurale étaient « forcément entremêlés », estimant que le procédé consistant à se positionner uniquement sous l'angle de motifs de révision au sens de l'art. 17 LPGA dans la décision attaquée était de

- 26 - nature à priver la Cour de céans de toute possibilité d'analyse « digne de ce nom » de son dossier. a) L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 57a LAI et des art. 73bis ss RAI concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande. Selon ces dispositions, l'office AI, avant de prendre une décision sur le refus d'une demande de prestations ou sur le retrait ou la réduction d'une prestation en cours, notifie à l'assuré ou à son représentant un préavis sur lequel ils peuvent faire part de leurs observations dans un délai de 30 jours par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré. Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il 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

- 27 - connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). b) En l'occurrence, le droit d'être entendu du recourant n'a pas été violé. Celui-ci a en effet pu s'expliquer avant qu'une décision ne soit rendue, et fournir les preuves qu'il estimait devoir fournir. Il a en outre pu accéder au dossier, et se déterminer sur le projet de décision, lequel a été rendu dans le cadre d'une procédure conforme aux art. 57a LAI et 73bis ss RAI. La décision attaquée est par ailleurs suffisamment motivée, dite décision ayant été au demeurant complétée d'un courrier d'accompagnement du même jour prenant position sur les moyens soulevés à la suite du préavis. On relèvera encore pour autant que de besoin que le recourant a pu faire valoir tous

ses griefs. En outre, l'OAI a rendu une décision formelle relative à sa requête de révision procédurale. Certes cette décision est intervenue postérieurement à celle rendue en l'espèce. Il n'en demeure pas moins que dans la cause ayant trait à la requête de révision procédurale, le recourant a également pu faire valoir tous ses moyens. Peu importe dès lors que le recours contre le refus de révision procédurale ait fait l'objet d'une instruction séparée. Cette cause a quoi qu'il en soit été instruite par le même juge instructeur, puis jugée le même jour, par une Cour composée des mêmes magistrats (cause AI 238/15 – 340/2017). Ainsi, pour autant qu'ait existé un risque de confusion entre la présente procédure de refus d'entrée en matière, et celle ayant trait au refus de révision procédurale, celui-ci n'est toutefois pas de nature à consacrer une violation du droit d'être entendu du recourant. Ce moyen, mal fondé, doit dès lors être rejeté.

- 28 -

E. 5

En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 7 janvier 2014. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 12 novembre 2012 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 31 mars 2015 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 12 novembre 2012. En d'autres termes, la Cour de céans se limitera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. a) La décision du 12 novembre 2012 refusant au recourant le droit à des prestations retenait sur la base de l'expertise du 4 novembre 2011 du Dr W. _____ que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé au plan psychiatrique. Cet expert n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant ceux sans effet sur ladite capacité de trouble somatoforme douloureux (F45.4) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité fruste) (F60.8). A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant se prévaut pour l'essentiel du rapport du 26 novembre 2013 des médecins du R. _____, qui ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). On relèvera à ce stade que le rapport du Dr CC. _____ du 26 décembre 2013, également produit par le recourant devant l'autorité administrative, se limite à reprendre le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque posé par les médecins du R. _____ et les affirmations de ces derniers.

- 29 - Cela étant, le recourant ne peut être suivi dans ses explications. Certes les médecins du R. _____ ont posé un diagnostic qui n'avait jusqu'alors pas été posé. Ce seul élément n'est toutefois pas de nature à justifier automatiquement une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il faut en particulier relever que les médecins du R. _____ ont estimé que le trouble qu'ils diagnostiquent avait été « masqué » par la symptomatologie dépressive de l'assuré. Or l'état dépressif du recourant a été fluctuant, et plusieurs médecins spécialistes en psychiatrie l'ont examiné alors que la dépression était en rémission. Plus spécifiquement, on relèvera que la Dresse L. _____ a estimé en mai 2008 que l'épisode dépressif était moyen avec syndrome somatique. En septembre 2008, la

Dresse O. _____ a pour sa part estimé que l'intéressé présentait un trouble de l'adaptation ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'épisode dépressif moyen étant en rémission complète. Du reste en novembre 2008, la Dresse L. _____ elle-même relevait que le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, et non plus celui de trouble dépressif majeur posé tant par la Dresse P. _____ de la T. _____ en janvier 2007 que par le Dr D. _____ en décembre 2007. Certes à la suite de la communication à l'assuré du projet de décision du 4 juin 2009 de refus de rente, la Dresse L. _____ a fait état d'une péjoration des symptômes justifiant désormais le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Cette médecin, qui suivait alors l'assuré depuis plus de deux années, a toutefois relevé qu'il n'y avait pas de symptômes psychotiques. En outre, quand la Dresse O. _____ a réexaminé l'assuré, en septembre 2009, elle a constaté qu'il était possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère dans un contexte de conflit asséculoologique et de difficultés psychosociales, relevant que cette symptomatologie était toutefois en rémission. Derechef en mars 2010, la Dresse L. _____ a fait état d'un épisode dépressif sévère, avec hospitalisation. C'est cette appréciation qui a notamment conduit à l'annulation de la décision du 25 janvier 2010 de l'OAI et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr W. _____. Or selon ce psychiatre, les signes d'un état dépressif sévère n'avaient pas pu

- 30 - être objectivés durant l'entretien, l'expert ayant estimé que l'assuré était plus régressif que dépressif (cf. rapport du 4 novembre 2011). Il découle de ce qui précède que l'assuré a bénéficié d'un suivi au plan psychiatrique à compter du début de l'année 2007. Il a été examiné par nombre de psychiatres, aussi bien durant des phases de dépression décrite comme sévère, que lors de phases de rémission, voire même de rémission complète. Les médecins du R. _____ ne peuvent dès lors être suivis lorsqu'ils avancent que le trouble de la personnalité ne pouvait pas être posé dans la mesure où les symptômes dépressifs étaient au premier plan. A cela s'ajoute que l'expertise du Dr W. _____ répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), et que la Cour ne voit pas de motif pertinent de s'en écarter. Certes cet expert a constaté que la collaboration avec l'assuré n'avait pas été optimale. Cet élément ne suffit pas cependant à lui seul à remettre en cause l'appréciation du Dr W. _____, laquelle se fonde sur un examen de l'assuré, l'expert ayant en outre pris connaissance de l'ensemble des documents figurant au dossier, et ayant apporté des réponses claires aux questions qui lui étaient posées. Ce spécialiste a au demeurant mentionné le diagnostic d'« autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité fruste) (F60.8) » dans son rapport d'expertise, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Comme le relève le SMR par avis du 14 avril 2014, le Dr W. _____ avait ainsi déjà observé un trouble de la personnalité chez l'assuré en 2011, lequel n'était cependant pas décompensé. En outre, la méfiance décrite par les médecins du R. _____ avait déjà été notée par les médecins qui ont examiné l'assuré jusqu'alors, en particulier par la Dresse P. _____ en janvier 2007, la Dresse O. _____ en 2008 et 2009, et le Dr W. _____ en 2011. Enfin, aucun élément n'indique que le trouble de la personnalité mis en avant par les médecins du R. _____ soit décompensé. Le recourant a du reste pu travailler de 1981 à 2006, principalement auprès du même employeur, sans que des

- 31 - dysfonctionnements ne soient mis en avant. Or les troubles spécifiques de la personnalité (F60) apparaissent habituellement dans l'enfance ou l'adolescence et persistent

à l'âge adulte (CIM-10/ICD-10, Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Masson, 2015, p. 181). Finalement, le rapport des médecins du R._____ dont se prévaut le recourant donne une appréciation différente des faits, sans que le nouveau diagnostic posé par ces médecins ainsi que leurs considérations permettent de remettre en cause la décision du 12 novembre 2012, respectivement de rendre plausible une péjoration de l'état de l'assuré. Pour le surplus, le rapport du 18 avril 2015 du Dr CC._____ ne peut être pris en considération, les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne pouvant être pris en considération dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière, dans le cadre duquel l'examen du juge des assurances sociales 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 (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004). b) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 7 janvier 2014.

E. 6

Pour le surplus, la présente cause et celle ayant trait au refus de révision procédurale (AI 238/15 – 340/2017) ont fait l'objet d'une instruction conjointe, par le même juge instructeur. La requête de jonction de causes, pour autant qu'elle ait encore un objet, sera dès lors rejetée, étant rappelé que l'autorité dispose à cet égard d'un large pouvoir

- 32 - d'appréciation (EMPL [Exposé des motifs et projets de lois sur la procédure administrative] LPA-VD, mai 2008, p. 22 ad art. 24 LPA-VD).

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants payés par le recourant à titre de franchise depuis le début de la procédure. c) Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des 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.