

VD_GERICHTE ZD15.020014 vom 8. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.020014

FR: VD_GERICHTE ZD15.020014 du 8 octobre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD15.020014 del 8 ottobre 2015

Erwägungen

E. 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 l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA). 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

- 6 - c) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA) devant l'autorité compétente, le recours est recevable de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 21 novembre 2014.

E. 3

a) Selon l'art. 87 al. 2 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, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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 prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences qui y sont posées doivent 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, - 7 - 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. 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 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). 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 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 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 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. 2 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). 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

- 8 - 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 (cf. ATF 130 V 64 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. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 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). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

E. 4

a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision du 2 juillet 2013, 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. Les critiques du recourant quant aux expertises des Drs K._____ et Q._____, sur lesquelles se base la décision de l'OAI du 2 juillet 2013, ne sont dès lors pas pertinentes dans le présent litige. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2014, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 2 juillet 2013. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 21 novembre 2014, le recourant a demandé à son médecin traitant, le Dr J._____, un rapport médical. Or, dans le cadre de son

- 9 - rapport du 4 décembre 2014, ce praticien a souligné notamment que, par rapport à son état antérieur, il ne constatait aucune détérioration ou aggravation de l'état psychologique de son patient. En outre, il a souligné que si certaines limitations fonctionnelles étaient respectées, son incapacité de travail était nulle, le pronostic étant bon pour autant que son patient suive un traitement spécialisé, ce qu'il refusait de faire malgré ses recommandations. A la lecture de ce rapport, on constatera que ce document, produit en procédure administrative, n'apporte aucun élément nouveau justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. On soulignera même qu'il retient un pronostic favorable pour autant que ce dernier accepte de suivre un traitement approprié. b) Au regard de ce qui précède, le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision d'octroi de prestations limitées dans le temps du 2 juillet 2013, entrée en force. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 21 novembre 2014.

E. 5

a) En définitive, 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

- 10 - Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).