

VD_GERICHTE ZD15.022229 vom 30. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.022229

FR: VD_GERICHTE ZD15.022229 du 30 mai 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.022229 del 30 maggio 2016

Erwägungen

E. 26

mai 2015, il était subséquent à la décision contestée, de sorte qu'il n'y avait, selon l'office, pas lieu d'en tenir compte. Par réplique du 30 juillet 2015, le recourant a produit une communication de la Commission administrative de Service intercommunal des taxis du 26 février 2015 le sommant de déposer d'ici au 5 mars 2015 son autorisation A, en exécution de l'arrêt de la Cour de droit administratif et public du 4 février 2015. 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 (art. 69 al. 1 let a LAI) – sont sujettes à recours

- 12 - 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. 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). 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 29 octobre 2014. 3. Par sa décision du 8 mai 2015, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, au motif que celui-ci n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision de refus du 29 avril 2013, susceptible de changer son droit aux prestations. De son côté, se fondant sur les rapports de son psychiatre traitant, le recourant conteste le bien- fondé de cette décision, arguant du fait que depuis son séjour à l'Hôpital

- 13 - de W. _____, son état de santé s'est fortement dégradé et continue à s'aggraver, conduisant à la perte de son travail et de son logement. Cela étant, il estime que l'OAI doit

entrer en matière sur sa nouvelle demande et procéder à l'instruction de son dossier. 4. a) Aux termes de l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que son invalidité au sens de l'art. 8 LPGa s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies (al. 3), à savoir si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à modifier ses droits. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Cette exigence 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, 125 V 410 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_487/2013 du 21 octobre 2013 consid. 2.1, 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 2, 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

- 14 - 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du

E. 27

juillet 2013 consid. 2.2, 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2.). 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) 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'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. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a). c) Le moment déterminant pour produire les moyens de

preuves pertinentes 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 ; TF 9C_635/2015 du 16 octobre 2015 consid. 2.1). 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

- 15 - 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). d) 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 ; 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a). 5. En l'espèce, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 29 octobre 2014. 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'octobre 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 de refus d'entrer en matière du 8 mai 2015 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 29 avril 2013. a) A titre préalable, il sied de relever que le rapport du Dr P._____ du 26 mai 2015 ne peut pas être pris en considération dans l'examen de la présente cause. De jurisprudence constante en effet (cf. consid. 4c supra), le juge doit se contenter d'examiner l'état de fait tel

- 16 - qu'il se présentait à l'OAI au moment où il a statué. Ainsi, ledit rapport, produit en procédure de recours, ne peut être retenu pour déterminer si la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé ensuite de la nouvelle demande du 29 octobre 2014 s'imposait. b) Au cours de l'instruction de sa première demande, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique confiée au Dr M._____. Les conclusions du rapport d'expertise du 29 novembre 2011 ont fondé la décision de l'OAI du 29 avril 2013, entrée en force, aux termes de laquelle l'administration n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité, ni aucune limitation fonctionnelle, estimant que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toutes activités lucratives. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, 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, la date à laquelle dite aggravation est intervenue, le nouveau degré de sa capacité de travail ainsi que le pronostic (cf. courrier du 30 octobre 2014). Le recourant a produit deux rapports de son nouveau psychiatre traitant. Dans son rapport du 20 novembre 2014, le Dr P._____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité sévère psychotique aux traits paranoïaques

et schizoïdes (F61), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (F33.1) et de consommation épisodique de cocaïne (F14.24). Le 16 février 2015, le Dr P._____ a adhéré à l'appréciation du Dr R._____ (cf. avis du SMR du 7 décembre 2012), en ce sens que son patient ne présentait pas de nouveaux diagnostics, appréciation qu'il a confirmée le 26 mai 2015. On peut ainsi retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4d supra) que le recourant ne souffrait pas, au moment de la décision litigieuse, de pathologies autres que celles prévalant déjà en avril 2013, lors du refus de rente. Le Dr P._____ soutient cependant que la situation clinique et sociale de son patient s'est progressivement dégradée. Dans son rapport

- 17 - du 20 novembre 2014, il a mis en avant une « pathologie psychiatrique qui évolue "silencieusement" mais qui est très handicapante au niveau social et professionnel ». Le 16 février 2015, le psychiatre a expliqué que l'état clinique de l'assuré avait subi une aggravation significative, qui s'objectiverait, selon lui, par l'évaluation clinique et par l'impact sur la vie de l'intéressé, caractérisée par une précarité psychosociale en aggravation significative. Force est toutefois de constater que les éléments avancés par le Dr P._____ ne suffisent pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, de nature à modifier son droit aux prestations. Il sied tout d'abord de relever que le médecin traitant fait état d'une dégradation prévalant « depuis plusieurs années » (cf. rapport du 20 novembre 2014), alors qu'à l'époque, il suivait l'assuré depuis moins d'un an. De son côté, le recourant affirme que son état de santé s'est dégradé depuis son séjour à W._____ (cf. courrier du 19 février 2015 à l'OAI et acte de recours). Cependant, cette hospitalisation est intervenue en avril 2011 déjà, soit bien avant l'expertise du Dr M._____ de novembre 2012 et la décision de refus de prestations d'avril 2013. Ces différentes allégations ne suffisent ainsi pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le refus de prestations d'avril 2013. Certes, le psychiatre traitant met en avant un vécu paranoïaque franc, avec un sentiment de méfiance et de persécution permanent, ainsi qu'un déni psychotique, s'agissant de sa consommation d'alcool et de cocaïne, de sa situation psychosociale et de son atteinte à la santé (anosognosie). Le Dr M._____ avait toutefois déjà mis en exergue des scores pathologiques s'agissant des traits paranoïaques et psychotiques, de sorte que les constatations du Dr P._____ ne sont pas signes d'une aggravation significative. Certes également, le Dr P._____ estime que le trouble dépressif récurrent connaît un épisode d'intensité moyenne, alors que le Dr M._____ avait retenu un état dépressif léger. Le psychiatre traitant ne précise cependant pas les éléments qui l'ont conduit à cette nouvelle qualification. Il n'indique pas la fréquence et l'intensité des symptômes

- 18 - constatés. Il ne démontre pas non plus en quoi, ni depuis quand, les symptômes du registre dépressif, qui prévalaient déjà en 2013 sans pour autant affecter la capacité de travail de l'assuré, seraient entretemps devenus invalidants. A noter qu'en 2011 déjà, ses prédécesseurs avaient également plaidé en faveur d'un épisode dépressif de gravité moyenne (cf. rapports des Drs S._____ et H._____ du 11 août 2011 et des Dresses K._____ et X._____ du 14 octobre 2011), de même qu'à une évolution dans le sens d'une aggravation (cf. rapport des Dresses K._____ et X._____ du 29 juin 2012), ce que le Dr M._____ n'avait pas retenu. Le Dr P._____ fait en outre preuve de contradiction lorsqu'il affirme d'une part, le 20 novembre 2014, que les symptômes dépressifs et anxieux sont d'intensité moyenne grâce au suivi psychothérapeutique et au traitement médicamenteux antidépresseur et neuroleptique, et d'autre part, le 16 février

2015, que les traitements médicamenteux ont globalement été inefficaces. On remarquera également à cet égard que la diminution de prescription de Cipralex, de 30 mg en 2012 à 20mg en 2014, ne plaide pas non plus en faveur d'une aggravation des troubles dépressifs. D'une manière générale, les rapports du Dr P. _____ ne sont pas suffisamment précis et documentés pour rendre plausible une dégradation de l'état de santé de son patient susceptible de modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le psychiatre ne se prononce pas sur l'impact des affections énumérées en termes de capacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'il ne définit au demeurant pas. Dans la mesure où le Dr P. _____ n'explique pas pourquoi les diagnostics retenus justifieraient désormais une limitation de la capacité de travail de son patient, force est de considérer que son avis constitue uniquement une appréciation différente d'une situation antérieure identique, ou en d'autres termes, une évaluation divergente de la gravité des troubles affectant son patient. Or, cela ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé susceptible de contraindre l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (cf. consid. 4a supra). Ces conclusions s'imposent d'autant plus

- 19 - que le laps de temps écoulé entre la décision de refus de prestations (avril 2013) et la nouvelle demande (octobre 2014) a été court, ce qui légitimait l'OAI à procéder à l'examen du caractère plausible de l'aggravation avec d'autant plus de sévérité (cf. consid. 4a supra). Dans la mesure où les observations actuelles du médecin traitant ne diffèrent pas substantiellement des constats retenus par le SMR en décembre 2012, l'on ne peut prendre en compte une modification sensible de l'état de santé du recourant. En définitive, dans le cas du recourant, les problématiques sociales apparaissent au premier plan. Le Dr P. _____ insiste lui-même sur ces aspects, relevant que son patient mène une vie précaire, avec peu de ressources financières, dans le contexte d'un isolement social et d'une dégradation psychosociale sévère et probablement irréductible, compte tenu de refus signifié par le Service des automobiles de lui restituer son permis de conduire et ses conditions précaires de logement. Force est toutefois de constater que la situation sociale et professionnelle était déjà très précaire en 2013 ; l'assuré se trouvait déjà sous le coup d'un retrait de permis depuis mai 2012, pour une durée indéterminée, ce qui l'empêchait d'exercer son activité de chauffeur de taxi. En outre, Taxi Service lui avait déjà laissé entendre qu'il comptait lui retirer sa licence de taxi s'il ne récupérait pas son permis de conduire à brève échéance, retrait qui est finalement intervenu après le dépôt du recours. En tout état de cause, même à retenir une dégradation sociale et professionnelle, on ne pourrait suivre le recourant lorsqu'il affirme que la perte de son travail et de son logement ont été induits par l'aggravation de son état de santé. Si l'assuré s'est retrouvé privé de travail, c'est en raison du retrait de son permis de conduire (puis de sa licence de taxi), provoqué par ses problèmes de dépendance primaire à l'alcool et à la cocaïne (cf. avis SMR du 7 décembre 2012). Bien que ces circonstances ne laissent pas insensible, elles ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. 5. Dans la mesure où le recourant n'a pas apporté des éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était

- 20 - 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. 6. 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 cependant, au vu des circonstances du cas d'espèce, il sera exceptionnellement renoncé à la perception de frais de justice. 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.