

VD_GERICHTE ZD15.024859 vom 7. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.024859

FR: VD_GERICHTE ZD15.024859 du 7 décembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD15.024859 del 7 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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.

[Constitution fédérale de la Confédération suisse, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre

- 23 - 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances 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 (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

E. 4

a) Le recourant fait valoir pour sa part que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis le début 2014, cela en raison de la maladie de Crohn et d'un état dépressif grave lié à cette affection gastro-entérologique. Il en déduit être en incapacité de travail à 100% depuis lors. Il a par ailleurs requis comme moyen de preuve de ses allégations, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le Tribunal. b) A titre liminaire, il convient de relever que la décision litigieuse est intitulée « Refus de prestations ». Par cette décision l'intimé retient que les documents médicaux joints à la nouvelle demande n'ont pas permis au médecin-conseil de constater des signes objectifs de péjoration de l'état de santé du recourant et donc de l'autoriser à modifier son appréciation à l'issue de l'expertise multidisciplinaire datant de 2009. Dans sa réponse, l'OAI soutient être entré en matière sur

la nouvelle demande du 18 novembre 2014 de sorte que l'affaire devrait être traitée au fond en examinant si un changement important propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente s'est produit entre la décision d'octobre 2009 et celle de juin 2015. On ne saurait partager ce point de vue. Nonobstant l'intitulé de la décision litigieuse, celle-ci constitue en réalité un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. En effet, la simple consultation du service médical régional (SMR) pour avis (cf. le mandat de l'OAI du 11 décembre 2014) afin de déterminer si les éléments sont suffisants pour admettre une modification de l'état de santé et ainsi entrer en matière, et la note établie par un médecin non psychiatre de ce service, sans aucune

- 24 - demande de documentation complémentaire aux médecins traitants, eu égard aux pièces produites par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande, ne saurait être assimilée à un examen au fond de la demande en question (sur la notion d'examen par les services médicaux régionaux de l'AI, cf. art. 59 al. 2bis LAI et 69 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). c) Dans la mesure où le Tribunal est saisi d'un recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, il ne lui appartient pas d'instruire la cause en lieu et place de l'intimé ni de statuer sur le droit aux prestations. La requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant est donc rejetée. Cela précisé, il convient dès lors de déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 5 octobre 2009.

E. 5

ASA). Les experts admettaient un caractère invalidant temporaire en phases aiguës de la maladie (absentéisme justifiable) avec pour seule limitation fonctionnelle, la nécessité d'accès aux toilettes. Il n'était pas reconnu de caractère incapacitant à cette atteinte à la santé hors périodes de crise. Le recourant invoque souffrir de maladie de Crohn depuis 2007. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr Z. _____ rappelle ainsi le diagnostic de RCUH récidivante avec des crises répétées. Or, ce diagnostic était déjà connu en 2009. Les résultats joints, à savoir un rapport de coloscopie et un rapport anatomo-pathologique tous deux de juin 2013 ne laissent pour leur part pas augurer une péjoration clinique du recourant ; le premier document retranscrit au contraire une rémission clinique / endoscopique complète avec une simplification du traitement sous la forme d'une interruption progressive de l'Imurek® et des suppositoires de Salofalk® (à lecture du rapport du 3 décembre 2014 du Dr Z. _____, il ne reste en définitive plus que la prise de Salofalk® 4g/j.). Quant au second rapport, le Dr E. _____ y observe une cellularité du chorion dans les normes de fragments de muqueuse récoltés après biopsie en plusieurs endroits (intestin grêle, côlon et côlon-rectum). Force est d'admettre avec le médecin-conseil de l'intimé que de tels éléments témoignent d'une phase de rémission de l'affection gastro-entérologique diagnostiquée depuis l'automne 2007. Sur ce plan et en l'absence de signes objectifs rendant plausible une péjoration, la décision litigieuse

- 26 - n'est pas critiquable. Quoiqu'en pense le recourant, le rapport de son médecin traitant du 3 décembre 2014 n'est pas déterminant dès lors qu'il se limite en définitive à faire état d'une récurrence avec répétition de crises déjà connue des experts du CEMed en 2009. c) Le recourant allègue encore une péjoration de son état de santé psychique, avec une dépression qualifiée de grave développée en lien avec son affection gastro-entérologique (maladie de Crohn). En août 2009, les experts du CEMed n'ont pas posé de diagnostics invalidants sur le plan psychique. Ils retenaient néanmoins la persistance d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'une anxiété généralisée (F41.1), ces troubles

étant alors perçus comme étant d'intensité moyenne. De plus, compte tenu de l'absence de trace de l'anti-dépresseur (Cipralex®) prescrit à l'expertise, vraisemblablement en raison d'une allergie du recourant à ce médicament (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 août 2009 du CEMed, page 12), l'état dépressif moyen relevé ne pouvait être qualifié de dépression résistante. Au terme de leur analyse, les experts ont estimé que d'un point de vue thérapeutique, un changement de molécule était à envisager si l'expertisé ne supportait pas le Cipralex® prescrit. A teneur de son rapport du 16 février 2009 et en sus de son traitement médicamenteux, le Dr W._____ indiquait également suivre l'assuré à raison d'un entretien de soutien tous les quinze jours. Suivant désormais le recourant de manière hebdomadaire depuis le 27 août 2013, le Dr X._____ a posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptomatologie psychotique (F33.2) et de troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31). Dans son rapport du 8 décembre 2014 et malgré une nouvelle médication (Cymbalta® 60 mg 1 cpr. le matin et Métaloline® 3 mg cpr.) en regard de celle précédemment prescrite par le Dr W._____, le Dr X._____ retient une incapacité de travail à 100% du recourant avec un pronostic défavorable compte tenu de l'impossibilité de ce dernier de se projeter dans une activité professionnelle. Le psychiatre

- 27 - traitant décrit ainsi un assuré à la thymie abaissée dont le discours reste centré sur ses problèmes de santé physique et psychique. Il y est écrit que son sentiment d'impuissance et de perte d'espoir va jusqu'à un sentiment d'impasse amenant l'assuré à des exacerbations d'angoisse ainsi qu'à des idées suicidaires scénarisées, avec des problèmes de sommeil et une baisse de la libido. Or, si des manifestations subjectives de dépression (anhédonie, tristesse, fatigue) étaient accompagnées de discrets signes objectifs (discret ralentissement vocal, humeur morose perceptible) lors de l'expertise de 2009 au CEMed et que les éléments du « syndrome somatique » de la CIM-10 étaient présents (fatigue et baisse de l'humeur matinale, réveils précoces, baisse de la libido et de l'appétit), il n'y a cependant pas été observé d'idées suicidaires scénarisées telles que mises en évidence par le Dr X._____ depuis sa prise en charge. Avec sa nouvelle demande, le recourant a donc produit un rapport de son psychiatre traitant faisant mention d'éléments objectifs nouveaux. Malgré le changement de molécule dans le traitement thérapeutique, la situation décrite nécessite en particulier un suivi plus régulier de l'assuré que cela n'était le cas en 2009, avec un épisode dépressif désormais décrit comme sévère et des idées suicidaires scénarisées. On ne saurait partager l'avis, au demeurant très sommairement motivé, du SMR, relatif à l'absence de signes objectifs d'une péjoration de l'état de santé psychique du recourant. Le rapport du psychiatre traitant, sans suffire à établir une telle péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rend suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause. A ce stade, il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement d'ordonner à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire la cause. Toutefois, compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé constatées, on observera qu'une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins un volet psychiatrique, paraît très recommandée. Un simple avis par un médecin non psychiatre du SMR n'est en tous les cas pas suffisant.

- 28 -

E. 6

a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision. 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'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'400 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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