

## **VD\_GERICHTE ZD17.007202 vom 12. Juli 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-07-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.007202](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.007202)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.007202 du 12 juillet 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD17.007202 del 12 luglio 2017

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé par H.\_\_\_\_\_ est ainsi recevable.

- 11 -

#### **E. 2**

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée formellement par le recourant le 17 août 2016. Cette décision fait suite à la décision du 5 juin 2012, aux termes de laquelle l'OAI a rejeté la demande de prestations de H.\_\_\_\_\_ au motif que ce dernier ne subissait pas de préjudice économique du fait de son atteinte à la santé. Il conviendra donc de se prononcer sur le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, en l'occurrence une aggravation, qui justifierait la révision de son cas depuis le 5 juin 2012, eu égard aux pièces médicales produites devant l'intimé (cf. consid. 3 et 4 infra).

#### **E. 2.1**

). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

- 12 - 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'entrer en matière. À 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3). c) Dans l'arrêt précité du 16 janvier 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid.

## **E. 2.2**

et réf. cit.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son

- 13 - 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 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). 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 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.). d) 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). e) 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

- 14 - l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et ATF 130 V 71 consid. 3.2).

### **E. 3**

a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral 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. b) Selon la jurisprudence, 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.3.1 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid.

### **E. 4**

a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 5 juin 2012, entrée en force dès lors qu'elle n'a pas fait l'objet de recours, rejetant la demande de prestations de l'assuré, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée formellement par le recourant le 17 août 2016. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si H.\_\_\_\_\_, dans le cadre de ses nouvelles démarches auprès de l'OAI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera 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. b) Sur le plan somatique, on constate en premier lieu que le recourant ne produit aucun rapport médical mentionnant une quelconque aggravation de ses troubles ostéo-articulaires, en particulier de la tendinite chronique du talon d'Achille. Il n'invoque d'ailleurs pas de péjoration de son état de santé à ce niveau-là. c) Sur le plan psychique, le recourant se réfère à l'appréciation de son psychiatre traitant, la Dresse J.\_\_\_\_\_, laquelle a produit un rapport à l'intention de l'OAI le 28 novembre 2016. Or il ne ressort pas de ce document que le recourant aurait présenté une aggravation de ses troubles psychiques depuis la décision du 5 juin 2012. Contrairement à ce qu'invoque ce dernier, on ne voit pas en quoi le fait qu'il soit suivi depuis mars 2016 par la Dresse J.\_\_\_\_\_ constituerait, en tant que tel, un changement de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, surtout que l'intéressé bénéficiait déjà d'un soutien sur le plan

psychique depuis 2010 auprès du psychologue E.\_\_\_\_\_. En outre, le fait que la Dresse J.\_\_\_\_\_ pose des

- 15 - diagnostics différents de ceux retenus à l'époque ne suffit pas, en soi, pour conclure à une modification de l'état de santé du recourant. En réalité, la Dresse J.\_\_\_\_\_ considère que les troubles psychiques dont souffre le recourant et en raison desquels sa capacité de travail serait nulle sont présents de longue date. Depuis 2008, elle estime que les angoisses de l'intéressé sont trop importantes pour qu'il puisse continuer à chercher à s'insérer dans le monde du travail, précisant qu'il est capable de fournir quelques heures de travail par jour, mais seulement dans des conditions où il définit lui-même ses horaires et sa manière de faire. Autrement dit, la Dresse J.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une modification de l'invalidité de son patient depuis la décision du 5 juin 2012, mais substitue son appréciation à celle réalisée par les médecins lors de la précédente décision, ce qui ne permet toutefois pas d'admettre un motif de révision au sens de l'art. 87 RAI. d) Compte tenu de ce qui précède, c'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas établi de façon plausible une modification de la situation propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, et qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

#### **E. 4.2**

; TF 8C\_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4 et réf. cit.). b) En l'espèce, la question de savoir si le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ constitue un moyen de preuve nouveau, respectivement s'il révèle des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, justifiant une procédure de révision de la décision du 5 juin 2012 ne fait pas l'objet de la présente contestation. En effet, la décision querellée porte uniquement sur le refus d'entrer en matière de l'intimé suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, refus fondé sur l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, et non sur la demande de révision procédurale invoquée pour la première fois par H.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son recours. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait contraindre l'intimé à entrer en matière sur la demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Cela étant dit, on considérera que la demande de révision procédurale déposée par H.\_\_\_\_\_ dans le cadre du recours vaut demande formelle auprès de l'intimé. Il appartiendra par conséquent à l'OAI d'examiner cette question et, cas échéant, de rendre une nouvelle décision sur ce point.

#### **E. 5**

août 2015 consid. 2 et réf. cit.; TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid.

#### **E. 6**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée. b) La procédure est onéreuse. 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). Toutefois, compte tenu des circonstances, la présente décision est rendue sans frais. En effet, dans le cas présent, on pouvait attendre de l'OAI qu'à réception du rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, il se pose la question d'une révision procédurale, cela d'autant plus que les rapports médicaux précédents n'émanaient pas de médecins psychiatres.

- 18 - Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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