

VD_GERICHTE ZD17.011582 vom 7. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.011582

FR: VD_GERICHTE ZD17.011582 du 7 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD17.011582 del 7 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du

- 8 - tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Est litigieux le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 6 juin 2016. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 87 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 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). 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'écartier 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ;

- 9 - 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 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433). 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 (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). 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 (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). 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 (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 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). 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

- 10 - LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). c) Le moment déterminant pour produire les moyens de preuves pertinent 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 circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus de prestation (ATF 130 V 66 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3).

E. 5

En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 6 juin 2016. Il convient donc de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du mois de juin 2016, 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 13 février 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 6 juin 2016. Le recourant fonde sa nouvelle demande sur le rapport du Dr V. _____ du 29 juillet 2016. Ce dernier y a mentionné une BPCO de sévérité moyenne, laquelle avait déjà été prise en compte par le Dr X. _____ dans son rapport du 3 juin 2014. Il en va de même des troubles orthopédiques. Le Dr V. _____ fait état d'atteintes limitant progressivement le périmètre de marche du recourant à une dizaine de mètres. Le rapport des Drs M. _____ et Y. _____ mentionne en revanche un périmètre de marche de 400 mètres à un 1 km à plat. Le Dr X. _____ avait en tous les cas déjà retenu que le recourant devait exercer une activité principalement sédentaire. Le Dr V. _____ évoque également

une péjoration de l'état dépressif, sans toutefois indiquer ni

- 11 - suivi thérapeutique ni description de l'état clinique. Son rapport, de même que ceux du CHUV, fait ainsi mention d'atteintes à la santé déjà connues lorsque la première décision a été rendue, atteintes qu'il avait pour partie d'ailleurs lui-même déjà mentionnées dans son rapport du 28 novembre 2014. Il ne rend par ailleurs pas plausible leur aggravation dès lors qu'il ne fait qu'en mentionner la présence, sans la moindre précision. En définitive, vu ce qui précède, il y a lieu de déduire que le recourant, dont les atteintes ne sont en soi pas niées, n'a toutefois pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance- invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par l'assuré et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux. Dans ce contexte, un complément d'instruction par le tribunal, notamment l'examen par un médecin « neutre », n'entre pas davantage en considération.

E. 6

a) Compte tenu de l'ensemble des considérants ci-dessus, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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 ; 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). En l'espèce cependant, au vu des circonstances du cas, il sera exceptionnellement renoncé à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

- 12 -