

VD_GERICHTE ZD17.030244 vom 6. März 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.030244

FR: VD_GERICHTE ZD17.030244 du 6 mars 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.030244 del 6 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) Le litige porte sur le refus de l'Office de l'assurance- invalidité pour le Canton de Vaud d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 17 mai 2016. b) Compte tenu de l'objet du litige, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner si les conditions d'une révision procédurale sont remplies. La question de savoir si les rapports du Dr M. _____ constituent des moyens de preuves nouveaux, respectivement s'ils relèvent des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA justifiant une procédure de révision de la décision du 12 décembre 2013 peut demeurer indécise.

E. 3

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans

- 9 - sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 125 V 412 consid. 2b). 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. Pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré, l'administration jouit 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). Le juge doit 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). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure

- 10 - administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2). c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

E. 4

a) Dans sa décision du 12 décembre 2013, l'OAI a constaté que la recourante disposait, après qu'elle ait terminé avec succès sa formation en qualité d'assistante de bureau (suivie à un taux de 80%), d'une capacité de travail de 80% (sans diminution de rendement) qu'elle était en mesure de valoriser sur le marché du travail. b) Selon les observations de la directrice adjointe de l'entreprise N. _____, ancien employeur de l'assurée, telles que rapportées par le Dr M. _____ dans son rapport du 18 mars 2015, la recourante présentait des difficultés de mémorisation, d'automatisation et de concentration nécessitant une présence pédagogique continue ; ont également été mentionnées des moments d'absence mentale, se révélant

- 11 - notamment sous stress. En raison de ces difficultés, l'employeur, doté au demeurant de structures permettant d'accueillir des personnes en réinsertion, a rapporté un rendement diminué, compris entre 70 et 80%, alors que la recourante était employée à mi-temps (50%). L'existence de difficultés cognitives est corroborée par les observations du Dr M. _____.

En effet, dans son appréciation du 18 mars 2015, le médecin fait mention de failles d'attention et de concentration, de blocages de la pensée et des automatismes, d'une grande fatigabilité ainsi que d'un besoin élevé de temps de repos, ce qui l'a conduit à retenir un syndrome post- commotionnel (CIM-10 : F07.2). Les difficultés cognitives et leur influence sur la capacité de travail sont à nouveau décrites dans le rapport complémentaire du 1er février 2016. Les conclusions de l'ancien employeur de l'assurée et celles du Dr M. _____ sont également en adéquation sur la question de la capacité de travail, le médecin estimant qu'une capacité de travail de 50%, avec un rendement d'environ 75%, constitue le maximum atteignable pour la recourante. Il se justifie de relever également que, au vu du dossier, il n'existe aucun indice selon lequel la recourante aurait fait preuve de mauvaise volonté ou limité de manière volontaire ses efforts. c) Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de suivre l'avis SMR du 31 mars 2017. En effet, l'appréciation du SMR n'examine pas de manière concrète l'influence des plaintes de la recourante sur l'exercice d'une activité lucrative, telles que décrites dans les rapports du Dr M. _____. Elle se limite à une appréciation superficielle reposant pour l'essentiel sur la comparaison des entités diagnostiques. Ne permettant pas de porter un jugement valable sur la question litigieuse, la position SMR n'est pas à même de mettre en doute les observations rapportées par le Dr M. _____. d) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la confrontation de la recourante avec le marché du travail, dans un environnement qualifié par ailleurs de favorable, ne semble pas avoir permis de confirmer la capacité de travail de 80% retenue initialement par l'intimé dans sa décision du 12 décembre 2013. Cette divergence étant

- 12 - suffisamment sensible pour jeter un doute sur les possibilités réelles de la recourante de travailler à un taux de 80%, la recourante a rendu plausible une modification des circonstances propre à influencer ses droits. Partant, il est justifié d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante.

E. 5

Au vu de l'issue de la procédure, les mesures d'instruction requises par la recourante, en particulier la tenue d'une audience, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées (ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

E. 6

a) Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis 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 à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'500 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1])

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