

VD_GERICHTE ZD17.042029 vom 20. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.042029

FR: VD_GERICHTE ZD17.042029 du 20 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.042029 del 20 novembre 2018

Erwägungen

E. 4

a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 22 juin 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 4 mai 2010, et la décision litigieuse du 14 septembre 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. La Cour de céans doit vérifier si le recourant a rendu plausible, en procédure administrative, que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations du 4 mai 2010. Au stade de la réplique, le recourant fait grief à l'OAI, avant de statuer sur la base d'un dossier incomplet, de ne pas lui avoir imparti un délai convenable pour déposer ses moyens de preuves, en l'avertissant des conséquences pour le cas où il n'obtempérerait pas à ses injonctions. Il fait par ailleurs valoir que, à la suite de la nouvelle demande, son médecin traitant, le Dr H. _____, se serait entretenu par téléphone avec l'OAI le 20 juin 2017, lequel lui aurait alors répondu que le dossier était complet et qu'il se trouvait au SMR en vue d'une décision. Sur la base notamment de quatre rapports de ses médecins actuels qu'il produit, le recourant en déduit avoir démontré une « aggravation significative depuis 2010, avec notamment une récurrence d'une herniation discale récessale droite, provoquant des douleurs insupportables » justifiant la reprise de l'instruction du dossier. b) Il convient de déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 4 mai 2010. c) aa) Le 24 juin 2016, l'OAI a imparti un délai de trente jours à l'assuré pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de

- 16 - santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le rapport du 19 juillet 2016 du Dr K. _____ produit dans le délai imparti devant l'OAI a été soumis pour appréciation au SMR (cf. avis du 28 juin 2017 du Dr F. _____, spécialiste en médecine du travail). Aux termes de son projet de refus d'entrer en matière du 30 juin 2017, puis en l'absence de contestation, par la décision attaquée du 14 septembre 2017, l'OAI a constaté, en suivant l'avis du médecin du SMR, que le recourant n'avait apporté aucun élément rendant vraisemblable que sa situation s'était modifiée de manière notable depuis la décision du 4 mai 2010. A l'aune de ce qui précède et contrairement à ce qu'il affirme, jusqu'au moment où a été rendue la décision attaquée, soit le 14 septembre 2017, l'assuré a disposé d'un délai largement suffisant pour amener des pièces au dossier ou prier son médecin de le faire, voire pour demander un délai supplémentaire à cet effet. Or il n'a procédé à aucune mesure. Dans ces circonstances, aucun moyen ne peut être tiré de renseignements qui auraient été obtenus, selon les dires du recourant, par téléphone ou par

le médecin qui le suit depuis le mois de novembre 2016. bb) En novembre 2008, le Dr T. _____, rhumatologue, a examiné l'assuré dans les locaux du SMR à [...]. Sur la base de cet examen clinique rhumatologique, l'atteinte principale à la santé de lombo-sciatalgies droites sur fibrose péri-radulaire après cure de hernie discale L5-S1 en janvier 2006 et récurrence de hernie discale L5-S1 droite (M 54.4) a été retenue, avec un syndrome rotulien à droite comme pathologie associée. Si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 5 mai 2006, le délai d'attente d'un an débutant le 19 novembre 2005, elle était de 70 % dans une activité adaptée, depuis le 15 juillet 2006, avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance de la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de cinq kilos, pas de port régulier de poids de plus de dix kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de

- 17 - genuflexions répétées et pas de franchissements réguliers d'escaliers, d'échelles ou d'escaliers (rapport d'examen clinique rhumatologique du 20 novembre 2008 et rapport médical SMR du 2 décembre 2008). Ce point de vue a été repris puis entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 4 mai 2010. Pour le surplus, le bien-fondé de cette dernière décision a été confirmé par le tribunal cantonal qui a admis que l'assuré présentait, dès le 15 juillet 2006, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'où un taux d'invalidité de 37 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente (CASSO AI 218/10 – 55 /2012 du 13 février 2012, consid. 4 et 5). Par arrêt rendu le 30 avril 2012, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré contre le jugement cantonal du 13 février 2012 (TF 9C_156/2012 du 30 avril 2012). A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit deux certificats médicaux des 3 octobre et 18 novembre 2015 du Dr M. _____ qui se limitent à attester des incapacités de travail ainsi qu'un rapport du 19 juillet 2016 établi par le Dr K. _____ dont il déduit une aggravation de son état de santé. Le rapport du 19 juillet 2016 dont se prévaut le recourant est insuffisant pour remettre en cause, même faiblement, les conclusions du SMR. Cette pièce médicale ne contient aucun élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de rente a été établie. En effet, le Dr K. _____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques, probable failed back surgery en 2006, probable état dépressif réactionnel et status post-cure de hernie discale en 2006 L5-S1. Or, ces diagnostics étaient déjà connus en 2010. A lecture de l'IRM de la colonne lombaire demandée, l'atteinte est chronique. Cela ne rend pas plausible une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait lors du rejet de la première demande de prestations. Au demeurant, le Dr K. _____ n'atteste aucunement une incapacité de travail. Au vu du contexte clinique réel et bio-psycho-social, ce chirurgien orthopédique ne propose pas de nouvelle intervention. Partant, le rapport du Dr K. _____ du 19 juillet 2016 n'est

- 18 - pas déterminant dès lors qu'il se limite en définitive à faire état d'une situation déjà connue en 2010. En tout état de cause, le Dr K. _____ ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse de juillet 2016. Ce faisant, il ne rend pas plausible une péjoration de la situation du recourant sur le plan somatique – les atteintes observées existaient déjà toutes au moment de l'examen clinique rhumatologique SMR du 7 novembre 2008 dont les conclusions ont par ailleurs été jugées probantes par la Cour de céans (CASSO AI 218/10 – 55 /2012 du 13 février 2012, consid. 4) – et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. Vu également le défaut d'une aggravation notable rendue plausible de l'état de santé psychique depuis 2010 en l'absence de diagnostic posé

lege artis par un spécialiste jusqu'au moment de la décision attaquée (cf. consid. 3b supra), on doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

E. 5

Au surplus, il convient de préciser que contrairement à ce que le recourant paraît penser à ce sujet, l'office intimé a correctement appliqué la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. consid. 3b supra) en ne tenant pas compte des rapports médicaux produits par l'intéressé au cours de la procédure de recours. Les quatre rapports dont se prévaut ce dernier à l'appui de sa cause ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils ont été produits uniquement lors de la présente instance de recours, soit postérieurement à la décision litigieuse du 14 septembre 2017. Au regard de l'objet du litige, l'examen du juge est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

- 19 - Il n'y a, enfin, pas lieu de donner suite à la requête d'expertise médicale, cette requête sortant manifestement du cadre défini par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E. 6

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et l'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana. Sur la base de la liste des opérations produite le 12 novembre 2018, il convient de retenir un temps total de 12 heures et 41 minutes de prestations d'avocat-stagiaire (au tarif horaire de 110 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ {Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3}]) et de 11 heures et 49 minutes de prestations d'avocat (au tarif horaire de 180 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ]) – soit un montant s'élevant à 3'490 fr. 90 (1'365 fr. 10 + 2'125 fr. 80) –, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 29 fr. 30 (cf. art. 3 al. 3 RAJ) et la TVA au taux de 8 % pour les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017 (141 fr. 60), puis au taux de 7,7 % dès le 1er janvier 2018

- 20 - (134 fr. 75), ce qui représente un montant total de 3'796 fr. 55 (3'490 fr. 90 + 29 fr. 30 + 141 fr. 60 + 134 fr. 75) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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