

VD_GERICHTE ZD17.047222 vom 2. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.047222

FR: VD_GERICHTE ZD17.047222 du 2 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.047222 del 2 novembre 2018

Erwägungen

E. 27

juillet 2013 consid. 2.2). b) D'après la jurisprudence, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_880/2017 précité consid. 5.1). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2002 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – 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. 2 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] ; ATF 124 II 265 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

- 28 - c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée ne doivent pas être pris en considération et examinés par le juge des assurances sociales dans un litige de ce genre (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3 ; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 et 4.1). d) 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 l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.1). 4. En l'espèce, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible de modifier le droit aux prestations, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 7 juin 2016, confirmée par arrêt du 27 février 2017. a) Contrairement à ce que soutient l'intéressé, la Cour des assurances sociales n'a pas constaté, dans son arrêt du 27 février 2017, que les rapports médicaux produits à l'époque pendant la procédure de recours témoignaient d'une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision litigieuse du 7 juin 2016. La Cour de céans a uniquement retenu que ces documents ne permettaient pas de constater une péjoration durable de l'état de

santé, de nature à ouvrir droit aux prestations à la date de la décision litigieuse. Une expertise judiciaire – requise à l'époque

- 29 - par le recourant –, en vue de déterminer la réalité et la durabilité de l'aggravation alléguée et attestée par le Dr T. _____, n'était pas justifiée et il appartiendrait à l'intéressé de préciser à l'intimé s'il entendait produire ces documents pour valoir nouvelle demande de prestations. La Cour s'est abstenue de préciser si les rapports en questions étaient suffisants pour que l'intimé entre en matière, laissant précisément à la partie recourante le soin d'examiner si le dépôt d'une nouvelle demande sur la base de ces documents était opportun. La Cour des assurances sociales s'est néanmoins étonnée que le Dr T. _____ ait attesté une incapacité de travail de 50 % pour une période précédant de six mois sa première consultation, sans aucune explication sur les éléments factuels lui permettant de poser un tel constat. Le recourant ne peut donc s'appuyer sur l'arrêt rendu le 27 février 2017 par la Cour de céans pour établir que l'intimé devait entrer en matière sur sa nouvelle demande. b) Sur le plan somatique, les documents au dossier ne rendent pas plausible une péjoration notable de l'état de santé de l'intéressé, de nature à influencer sur son droit aux prestations, pour les motifs mentionnés par la Dresse F. _____ et le Dr N. _____ du SMR dans leurs avis médicaux des 4 juillet et 14 septembre 2017, auxquels il est renvoyé. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas, ne contestant en effet que l'appréciation de l'intimé quant à son état psychique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de consacrer davantage de développements à cette question. c) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut d'une aggravation de son état de santé, en se fondant sur les rapports médicaux établis par son psychiatre traitant, le Dr T. _____. Figurent au dossier quatre rapports de ce médecin, à savoir ceux des 15 juin et 26 octobre 2016 et des 5 avril et 18 octobre 2017. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra), le dernier rapport susmentionné, soit celui du 18 octobre 2017, ne saurait toutefois être pris en considération dans le présent arrêt pour examiner si l'intéressé a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Le Dr T. _____ a en effet établi, et partant produit, ce rapport

- 30 - postérieurement à la décision administrative litigieuse du 3 octobre 2017. Quoi qu'il en soit, même si l'on prenait en considération ce rapport, le recours serait infondé pour les motifs suivants. Les médecins du SMR ont souligné à juste titre – dans leurs avis médicaux des 4 juillet et 14 septembre 2017 – qu'après avoir posé un diagnostic initial d'épisode dépressif sévère (cf. rapport du 15 juin 2016), le Dr T. _____ avait plutôt constaté, dans les mois qui avaient suivi, une amélioration avec un épisode dépressif désormais qualifié de moyen (cf. rapport du 26 octobre 2016, également rapport du 5 avril 2017). De manière pertinente, ils ont également relevé que, paradoxalement, cette amélioration de l'état de santé psychique ne s'était pas accompagnée d'une augmentation de la capacité de travail estimée par le psychiatre traitant, qui restait évaluée à 50 % (cf. avis du SMR du 14 septembre 2017). Par ailleurs, pendant toute la période prise en considération, le score du recourant à l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement est resté stable, à 55 points, correspondant à des symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. Le Dr T. _____ n'a toutefois pas produit le test réalisé et s'est limité, pour toute information sur ce point, à en donner le résultat, ce qui est insuffisamment probant. En réalité, seule l'évolution du score de l'intéressé sur l'échelle de la dépression de Hamilton, et le fait que celui-ci ait désormais estimé utile ou nécessaire de consulter un psychiatre régulièrement, semblent traduire une aggravation de la dépression. Ces circonstances, et notamment la différence de cotation sur

l'échelle Hamilton, par rapport à celle rapportée à l'époque par le Dr Q. _____, sont toutefois des éléments insuffisants pour rendre plausible une péjoration de l'état de santé psychique du recourant avec des répercussions notables sur sa capacité de travail. En effet, le Dr T. _____ s'est contenté, là encore, de rapporter les résultats du test, mais ne les a complétés par aucun véritable constat clinique ou élément tiré de l'anamnèse pour les étayer. Il s'est limité, sur ce dernier point, à résumer très brièvement l'évolution de l'état de santé et la procédure

- 31 - suivie jusqu'à l'expertise établie par les Drs X. _____ et Q. _____. Le psychiatre traitant a ensuite mêlé certains éléments de l'anamnèse, présentés de manière vague, à des constatations cliniques particulièrement succinctes, le tout restant toutefois très général et peu relié à des constatations concrètes. Il a ainsi indiqué, sans être plus précis, « d'autres symptômes dépressifs », à savoir un ralentissement cognitif et physique, une diminution de la capacité d'éprouver du plaisir, d'autres troubles somatiques (troubles du sommeil, manque de l'appétit et de la libido). Il a mentionné que l'intéressé se posait régulièrement la question de savoir si la vie valait encore la peine d'être vécue, mais n'avait pas de projets suicidaires. Il évoquait une diminution du pragmatisme et de la volonté, ainsi qu'une baisse de l'auto-estime, et précisait que le recourant vivait retiré au sein de sa famille, sans chercher à établir ou élargir ses contacts sociaux, avec peu de loisirs. Ces constatations, présentées de manière toute générale et sans lien réel avec des constatations cliniques décrites ni des éléments d'une anamnèse plus détaillée, ne suffisent pas à rendre plausible une véritable péjoration de l'état de santé de l'intéressé depuis l'expertise réalisée par le Dr Q. _____, plutôt qu'une simple appréciation différente d'un état de santé globalement stable. A cet égard, on observera que dans son premier recours du 13 juillet 2016 à la Cour des assurances sociales, faisant suite à la première décision de refus de prestations du 7 juin 2016, le recourant alléguait déjà qu'il n'avait pas d'activités de loisir impliquant des tiers au cercle familial, ni d'activités de voyages ou de vacances, et qu'il ne conduisait plus en raison des douleurs, paraissant ainsi largement dépendant de ses proches pour les activités de la vie quotidienne. La Cour de céans avait estimé cette argumentation insuffisante pour contester la valeur probante des constatations du Dr Q. _____, au vu notamment des activités mentionnées par cet expert ainsi que par le Dr X. _____, tirés de l'anamnèse personnelle. Au final, et dans le contexte d'une nouvelle demande présentée très rapidement après le dernier refus de prestations, les rapports du Dr T. _____ sont insuffisamment probants pour rendre plausible une péjoration durable de l'état de santé psychique de

- 32 - l'intéressé – telle qu'elle entraînerait désormais une incapacité de travail notable dans une activité adaptée –, plutôt qu'une simple appréciation différente, par un autre médecin, d'un état de fait demeuré stable pour l'essentiel (cf. consid. 3a supra). Les médecins du SMR sont ainsi arrivés à juste titre à cette même conclusion. A cet égard, et contrairement à ce que soutient le recourant, la spécialisation de la Dresse F. _____ et du Dr N. _____ n'est en l'occurrence d'aucune importance. Il ne leur a en effet pas été demandé d'examiner le recourant pour se prononcer sur son état de santé psychique, mais uniquement de se déterminer sur la valeur probante des rapports du psychiatre traitant quant à l'apparition d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé pouvant avoir des conséquences sur son droit à la rente, comme procédé dans le présent arrêt. Partant, sur la base des avis médicaux des médecins du SMR, l'intimé était légitimé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. A toutes fins utiles, il est précisé que la prise en compte du rapport

du Dr T. _____ du 18 octobre 2017 n'aurait pas eu pour effet de changer le résultat du présent arrêt, les considérations qui précèdent pouvant s'appliquer de manière identique à son encontre. Par ce rapport, le psychiatre traitant se montre en outre contradictoire en y posant le même diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère que dans son premier rapport du 15 juin 2016, établi peu après la première consultation, puis en y précisant que l'état dépressif était de gravité moyenne lors de l'arrivée du recourant à sa consultation en juin 2016, laissant entendre que l'atteinte et ses symptômes allaient en s'aggravant. Or, comme constaté ci-dessus, une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressé ressort des rapports du Dr T. _____ antérieurs à celui du 18 octobre 2017, ceux des 26 octobre 2016 et 5 avril 2017 mentionnant en effet un épisode dépressif moyen. Ce n'est ainsi que dans son rapport du 18 octobre 2017, établi deux semaines après la notification de la décision litigieuse, que le psychiatre traitant a à nouveau constaté un épisode dépressif grave.

- 33 - Le rapport du 22 octobre 2018 du Dr T. _____, produit le 30 octobre 2018 par le recourant, ne peut évidemment pas être pris en considération pour statuer sur le bien-fondé d'une décision de refus d'entrée en matière sur une nouvelle demande, rendue plus d'une année auparavant. d) Il convient en outre de rejeter la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Ce faisant, l'intéressé apparaît méconnaître la nature même de la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, laquelle empêche de procéder à une telle expertise complémentaire (cf. consid. 3b et c supra ; TF 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 4.2). 5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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