

VD_GERICHTE ZD18.034802 vom 16. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.034802

FR: VD_GERICHTE ZD18.034802 du 16 mai 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.034802 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 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. 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 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son 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

- 12 - 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 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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).

E. 4

En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 mars 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'au 18 juin 2018, date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 20 juin 2016, date de la dernière décision entrée en force.

E. 5

a) Le 20 juin 2016, l'OAI avait rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable. Il ressort en effet des éléments médicaux

- 13 - au dossier que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1er octobre 2015 (cf. rapport du 3 novembre 2015 du Dr P. _____). La décision de l'OAI était fondée sur les atteintes à la santé dont le recourant s'était plaint à l'époque, intéressant son coude gauche. Or, depuis lors, le recourant a souffert des mêmes problématiques concernant son coude droit. Il a ainsi subi une décompression du nerf médian au coude droit le 14 décembre 2015 et a été en incapacité de travail dès cette date et jusqu'au 19 février 2016 (cf. rapport du 30 janvier 2017 du Dr P. _____). Depuis lors, le recourant s'est plaint de douleurs et de fourmillements. Se considérant dans l'incapacité d'exercer son activité habituelle, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande le 28 mars 2018. A l'appui de celle-ci, il a produit plusieurs rapports médicaux. Le 15 janvier 2018, la Dresse S. _____ a exclu que l'assuré puisse reprendre son activité habituelle. Elle a précisé que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans port de charge supérieure à 10 kg et sans port de charge maintenu au-dessus de l'horizontale. Elle a également préconisé un traitement et une physiothérapie. Le 17 avril 2018, le Dr M. _____ a constaté l'échec de la physiothérapie. Il a en outre relevé les nombreux symptômes dont souffrait l'assuré soit notamment une hyperalgésie au toucher, des douleurs au niveau des coudes, des sensations de claquement ou des blocages au coude, des fourmillements, des doigts bloqués et des décharges lors du port de charges. Il a précisé que ces symptômes étaient apparus ensuite de l'opération. Le médecin a déclaré considérer que l'état de santé de l'assuré avait changé depuis sa dernière évaluation de l'OAI et que la poursuite d'un travail dans son ancien métier n'était pas possible. Il a encore préconisé la mise en place de mesures de réinsertion. Ce rapport confirme le certificat médical du 29 janvier 2018 par lequel le Dr M. _____ indiquait déjà que, depuis le 20 juin 2016, l'état de santé de l'assuré avait changé de manière à influencer de manière durable sur sa capacité de travail.

- 14 - b) Les différents rapports médicaux susmentionnés attestent que, par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 20 juin 2016, la situation du recourant s'est considérablement modifiée. Alors qu'à l'appui de sa précédente décision, l'OAI avait constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, les médecins intervenus récemment s'accordent pour retenir que le recourant n'est plus en mesure d'exercer dite activité. Cet élément suffit à attester de la péjoration de l'état de santé du recourant ainsi que des nouvelles limitations fonctionnelles qu'il a développées depuis la première décision de l'OAI. La Dresse S. _____ a précisé ces limitations fonctionnelles : absence de port de charge supérieure à 10 kg et absence de port de charges au-dessus de l'horizontale (cf. rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse S. _____). A cet égard, on ne peut que confirmer la conclusion de l'orthopédiste selon laquelle ces limitations ne permettent pas l'exercice de la profession de [...]. C'est le lieu de relever que les traitements qu'elle préconisait dans son rapport n'ont pas permis d'améliorer l'état de santé du recourant (cf. rapport du 17 avril 2018 du Dr M. _____). La situation décrite dans le rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse S. _____ est ainsi toujours d'actualité. Les éléments médicaux récents contrastent donc avec les rapports dont disposait l'OAI à l'époque de sa première décision du 20 juin 2016. Ils rendent plausibles une aggravation de l'état de santé propre à influencer le taux d'invalidité du recourant. Vu ces

éléments, il se justifie déjà que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 28 mars 2018 et reprenne l'instruction du dossier.

E. 6

Aux termes d'un raisonnement subsidiaire précisé dans le cadre de sa réponse au recours, l'intimé soutient que, même en retenant une modification de l'état de santé de l'assuré dans le sens d'une perte de l'exigibilité dans son ancienne activité de tôlier, l'invalidité en découlant ne suffirait pas à influencer ses droits dès lors que la comparaison de son revenu dans son ancienne activité avec celui découlant d'une activité réputée adaptée serait trop faible pour révéler un préjudice économique propre à influencer son droit à la rente, respectivement ouvrir ce droit.

- 15 - a) Il y a lieu de rappeler que l'invalidité, quant à son fondement, tient à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA), dite incapacité de gain procédant de toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 16 LPGA), dont le principe est ancré à l'art.

E. 8

LAI. Pour l'octroi de telles mesures, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum de 40 % ouvrant le droit à la rente (art. 28 LAI), mais il suffit que sa nature et sa gravité soient telles qu'elles puissent ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI ; TF 9C_905/2014 du 17 février 2015, consid. 2.2). Ainsi, par exemple, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement professionnel (art. 17 LAI) est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488, consid. 4.2). Cela étant, l'examen par l'autorité compétente de la réalisation des conditions du droit aux prestations s'exerce dans le cadre d'une instruction d'office (art. 43 LPGA), et dans le respect du principe du droit des parties d'être entendues (art. 42 LPGA, formalisant cette garantie constitutionnelle générale de procédure de nature formelle ancrée à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Ce droit, défini comme celui reconnu aux parties d'une procédure administrative de faire valoir leur point de vue envers l'autorité avant que celle-ci ne rende une décision à leur propos, porte sur les éléments relevant tant des faits que du droit (Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 6 ss. ad art. 42 LPGA).

- 16 - b) En l'espèce, dans le cadre particulier d'un litige relatif au refus de l'intimé d'entrer en matière sur une nouvelle demande, ceci en présence d'une première décision de refus de prestations au motif que le recourant présente une capacité entière dans son activité habituelle, on ne saurait déduire du seul fait que l'assuré aurait une capacité de travail entière dans une activité réputée adaptée – alors même que cette pleine capacité n'est pas établie au vu de l'échec du traitement préconisé par la Dresse S. _____ (cf. rapport du Dr M. _____ du 17 avril 2018) – qu'il n'aurait pas droit à une rente ni à des mesures de réadaptation ou de réinsertion, sauf à violer son droit d'être entendu. Il est nécessaire

d'entrer en matière sur la demande afin de procéder au calcul concret du taux d'invalidité. Il est en effet arbitraire de poser le constat, en spéculant sur un simple renvoi au compte individuel de l'assuré, que celui-ci ne présenterait a priori pas de préjudice économique, alors même qu'il ressort du dossier que la rémunération versée par son dernier employeur ascendait au revenu non négligeable de 71'500.- fr. par année et qu'il était qualifié de très doué dans son métier. Certes, à l'examen de son compte individuel, il apparaît qu'il a changé plusieurs fois d'employeurs, mais il a malgré tout perçu un salaire annuel de 62'830 fr. en 2011, et de 62'086 fr. en 2012, bénéficiant par ailleurs d'un certificat de capacité obtenu dans son pays et d'une formation complémentaire d'ouvrier en carrosserie reconnue en Suisse. Enfin, au fait qu'il n'y a pas à préjuger du résultat d'un calcul du taux d'invalidité qu'il convient d'effectuer sur des données objectives et sur lesquelles le recourant a le droit d'être entendu dans ses déterminations, s'ajoute celui que seule la problématique du droit à une rente a été tranchée, à l'exclusion de la question de possibles mesures de réinsertion auxquelles l'intéressé pourrait prétendre. Or, selon la jurisprudence, les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent, selon leur sens et leur but, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il est à

- 17 - même de faire valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 2.2 ; ATF 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, l'examen à l'éventuel droit à des mesures de réinsertion, dont on ne saurait préjuger l'exclusion, devait conduire à l'entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant, respectivement à l'examen, de manière étendue sous l'angle des faits et du droit, de cette nouvelle demande de prestations, dans le respect du droit d'être entendu de l'intéressé. 7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, en reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision. 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 de l'OAI qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par décision du juge instructeur du 3 septembre 2018, il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 août 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Florence Bourqui. Cette dernière a indiqué, par courrier du 3 décembre 2018, s'en remettre à justice quant à la fixation de son indemnité. Compte tenu de ce qui précède, l'indemnité de Me Bourqui est arrêtée à 1'500 fr. (débours et TVA compris) et mise à la charge de l'OAI qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

- 18 -