

VD_GERICHTE ZD18.038812 vom 13. März 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.038812

FR: VD_GERICHTE ZD18.038812 du 13 mars 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.038812 del 13 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail -----

E. 2

Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail - Trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2) secondaire aux diagnostics de méningiome et de sclérose en plaques. - Personnalité dépendante (F60.7) non handicapantes chez l'assurée.

E. 3

a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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 rendre plausible une modification des faits

- 15 - déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (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 la recourante le 13 février 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au

point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force, rendue le 12 juillet 2017 par l'office intimé.

- 16 - a) La décision du 12 juillet 2017 statuant sur la première demande de prestations de la recourante reposait essentiellement sur les rapports respectifs de l'expert neurologue E._____ (14 janvier 2015) et de l'expert psychiatre B._____ (19 octobre 2016). Sur le plan somatique, l'expert E._____ avait considéré que les discrètes séquelles du méningiome de la grande aile du sphénoïde droit n'étaient pas incapacitantes. Il avait en revanche retenu que le diagnostic de sclérose en plaques se répercutait sur la capacité de travail et engendrait une incapacité de travail de 30 % dans toute activité professionnelle ou ménagère. L'expert neurologue avait encore évoqué un état dépressif modéré à sévère dont l'interaction avec la problématique neurologique induisait une incapacité de travail globale de 50 %, respectivement une diminution globale de rendement de 50 % (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2015 pp 5 à 7). Procédant par la suite à une évaluation psychiatrique, l'expert B._____ avait considéré que l'assurée avait bien récupéré de l'état dépressif diagnostiqué par l'expert E._____ et qu'elle souffrait en définitive d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, sous forme de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2), secondaire aux diagnostics de méningiome et de sclérose en plaques, et de personnalité dépendante (F60.7) non handicapante (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 15). Sur cette base, le SMR – et, corollairement, l'OAI – avait conclu à une incapacité de travail de 100 % dès le 17 février 2014, puis de 50 % dès le 25 août 2014 et enfin de 30 % depuis le 1er juin 2015 (cf. avis du Dr V._____ du 8 novembre 2016), appréciation confirmée une fois réalisé le traitement radioneuropsychiatrique du 6 avril 2017 (cf. avis du Dr V._____ du 30 mai 2017). b) Il est constant qu'entre le prononcé de la décision du 12 juillet 2017 et la fin de l'année 2017, divers rapports médicaux ont été transmis à l'OAI. Ces rapports n'ont, stricto sensu, pas été produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 13 février 2018. On peut néanmoins laisser ouverte la question de savoir si de tels documents devraient être pris en considération dans le présent contexte.

- 17 - En tout état de cause, il apparaît en effet que les pièces concernées ne révèlent pas d'évolution significative du point de vue somatique (cf. rapport des Prof. Y._____ et O._____ du 26 mai 2017 et rapport du Dr CC._____ du 19 juillet 2017) et que, sur le plan psychiatrique, la mention d'une péjoration de l'état dépressif par le médecin praticien traitant (cf. rapport du Dr CC._____ du 19 juillet 2017) et l'annonce par les psychiatres de la Fondation de R._____ d'un suivi spécialisé depuis le mois d'août 2017 pour un état psychique sévère totalement incapacitant (cf. certificats des Drs AA._____ et BB._____), sans autre précision, s'avère insuffisant pour rendre plausible une détérioration notable de l'état de santé de la recourante. c) Cela précisé, il reste à se pencher sur les rapports médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations introduite le 13 février 2018. aa) Sur le plan somatique, le Dr CC._____ a signalé des céphalées et vertiges importants depuis la crâniotomie de 2014, ainsi qu'une asthénie en lien avec le traitement pour la dysthyroïdie (cf. rapport du 26 février 2018). Force est toutefois de constater que les céphalées (cf. rapport de la Dresse X._____ du 4 août 2014 p. 1 ; cf. rapport du Dr W._____ du 25 août 2014 p. 1 ; cf. rapport d'expertise du Dr B._____ du 19 octobre 2016 p. 16) et les troubles de l'équilibre (cf. rapport du Dr U._____ du 14 janvier 2014 ; cf. rapport d'expertise du Dr E._____ du 14 janvier

2015 p. 3) sont connus de longue date et ne sont donc pas évocateurs d'une évolution significative de l'état de santé. Quant à l'asthénie ou à la fatigue, elle a également été rapportée dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr W. _____ des 17 février 2014 p. 3 et 25 août 2014 p. 1 ; rapport du Dr C. _____ du 12 juin 2014 p. 2 ; cf. rapport d'expertise du Dr E. _____ du 14 janvier 2015 p. 3 et 5 ss ; cf. rapport d'expertise du Dr B. _____ du 19 octobre 2016 p. 16). Cela étant, loin de rendre plausible la thèse d'une modification notable de l'état de santé, les éléments qui précèdent illustrent bien davantage des plaintes somatiques globalement inchangées.

- 18 - Quant à la documentation médicale annexée au rapport susdit du Dr CC. _____, elle ne permet pas d'arriver à un autre constat. En particulier, les Prof. Y. _____ et Dr O. _____ se sont référés à une situation stable au plan neuro-ophtalmologique et n'ont relevé aucun développement inattendu du point de vue radiologique ou post-radique (cf. rapport du 15 novembre 2017). Sous l'angle oto-rhino-laryngologique, le Dr U. _____ n'a pas davantage évoqué d'évolution significative, concluant simplement à un examen vestibulaire dans la norme, comme il l'avait déjà fait précédemment en janvier 2014, et recommandant pour le surplus à l'assurée de faire un bilan dentaire pour exclure une pathologie de l'arcade dentaire supérieure droite (cf. rapport du 18 décembre 2017). Les observations médicales ainsi émises ne plaident donc manifestement pas dans le sens d'une modification importante de la santé physique susceptible de se répercuter du point de vue de la capacité de travail. Au surplus, la recourante ne soutient d'ailleurs pas que son état de santé aurait notablement évolué sur le plan somatique. bb) C'est sous l'angle psychiatrique que l'intéressée invoque une évolution significative depuis la décision du 12 juillet 2017. A cet égard, la Cour de céans ne peut s'arrêter sur la seule mention par le Dr CC. _____ d'un état dépressif important (cf. rapport du 26 février 2018), sans autre indication. On ne saurait, en revanche, négliger les rapports établis les 20 mars et 12 juin 2018 par les spécialistes de la Fondation de R. _____, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), de personnalité dépendante (F60.7) et de probable anxiété généralisée (F41.1). Ces médecins ont plus particulièrement relevé que l'apparition du trouble dépressif en juillet 2017 était – en partie – liée à la récurrence de la tumeur cérébrale opérée en mai [recte : 6 avril] 2017. Or, cette interaction entre l'évolution des atteintes somatique et la recrudescence des troubles psychiques avait déjà été évoquée précédemment dans le cadre de la

- 19 - procédure initiale, le Dr W. _____ ayant d'emblée signalé un état anxio-dépressif réactivé à chacune des atteintes somatiques (cf. rapport du 17 février 2014 p. 2) et l'expert B. _____ ayant retenu l'existence d'une problématique anxieuse et thymique secondaire aux maladies et à la douleur (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 16). Dès lors, une nouvelle décompensation dans les suites de la récurrence tumorale courant 2017 ne peut être écartée à ce stade. A cela s'ajoute que les spécialistes de la Fondation de R. _____ ont décrit des symptômes autrement plus intenses que ceux retenus par l'expert B. _____ : on relèvera notamment que si ce dernier évoquait en 2016 une « humeur très légèrement dépressive » (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 12), les médecins de la Fondation de R. _____ ont pour leur part retenu en 2018 un « effondrement thymique » (cf. rapport du 20 mars 2018 p. 1) ; dans le même sens, on peut également relever l'instauration d'une prise en charge psychiatrique dès le mois d'août 2017, alors même que la recourante n'était précédemment pas suivie sur le plan psychique (cf. rapport d'expertise du 19 octobre 2016 p. 17). Les psychiatries traitants ont par ailleurs signalé une progressive

perte des ressources personnelles sur les plans physique, psychique et adaptatif (cf. rapport du 12 juin 2018 p. 2) – problématique qui n’avait jusqu’alors pas été rapportée et qui mérite (abstraction faite des facteurs psychosociaux ou socioculturels étrangers à la définition juridique de l’invalidité [cf. TF 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1 et les références citées]) d’être examinée à l’aune des nouveaux standards jurisprudentiels applicables à la procédure d’administration des preuves en matière de troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281) et de maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). A l’aune de l’ensemble de ces considérations, il faut donc admettre que les rapports des médecins de la Fondation de R. _____ sont bel et bien évocateurs d’une détérioration de l’état de santé psychique et justifient par conséquent des mesures d’investigation. Du reste, on ne saurait souscrire aux arguments soulevés par le Dr V. _____, dans ses avis des 23 mars 2018 (p. 2) et 28 juin 2018 (p. 2), à l’encontre des rapports des psychiatres de la Fondation de R. _____. Peu importe en particulier que ces rapports ne comportent qu’une

- 20 - signature électronique et pas de signature manuscrite. En effet, il s’agit là d’un élément purement formel, qui ne permet aucunement de se positionner quant au contenu des rapports considérés ; on rappellera, du reste, que seul le contenu d’un rapport médical est déterminant pour juger de sa valeur probante (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2) et non la manière – manuscrite ou électronique – dont il a été signé. Par ailleurs, s’il est vrai qu’un médecin assistant (le Dr DD. _____) a participé à la rédaction des rapports litigieux, il n’en demeure pas moins que ceux-ci ont été établis en collaboration avec un psychiatre confirmé occupant le poste de médecin adjoint à la Fondation de R. _____ (le Dr AA. _____) – comme il est d’usage dans bon nombre d’établissements hospitaliers ; on peine dès lors à comprendre en quoi cet élément justifierait d’écarter les rapports en question. A cela s’ajoute que le Dr V. _____ s’est contenté d’invoquer la précédente expertise du Dr B. _____ pour affirmer qu’il ne pouvait y avoir chronologiquement de trouble dépressif récurrent ou de trouble de la personnalité. Force est toutefois de constater, d’une part, que la survenance d’une problématique dépressive à diverses périodes n’est pas inenvisageable et peut poser la question d’un trouble récurrent et, d’autre part, que le diagnostic de personnalité dépendante avait été posé par l’expert psychiatre en 2016 déjà. On notera également que les spécialistes de la Fondation de R. _____ ont signalé des idées délirantes (cf. rapport du 20 mars 2018 p. 2), et pas un diagnostic d’état délirant comme indiqué à tort par le Dr V. _____. En définitive, l’appréciation du médecin du SMR n’apparaît pas crédible et ne vient, en tous les cas, pas sérieusement ébranler les observations des psychiatres traitants. De ce qui précède, il résulte que les rapports établis par les spécialistes de la Fondation de R. _____ évoquent de manière plausible une aggravation de l’état de santé psychique, justifiant une plus ample analyse de la situation afin de déterminer si, et le cas échéant dans quelle mesure, l’évolution intervenue se répercute sur la capacité de travail de l’assurée.

- 21 - d) Cela étant, c’est donc à tort que l’intimé a refusé d’entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Il y a donc lieu de lui renvoyer la cause afin qu’il entre en matière sur cette demande et, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d’instruction idoines.

E. 5

a) En conclusion, le recours doit donc être admis et la décision de refus d'entrer en matière du 2 août 2018 annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 13 février 2018 et procède à son instruction. 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. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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