

VD_GERICHTE ZD18.047359 vom 5. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.047359

FR: VD_GERICHTE ZD18.047359 du 5 août 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.047359 del 5 agosto 2019

Erwägungen

E. 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

- 13 - 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). 4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 4 avril 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, à la date de la décision du 5 octobre 2018, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 11 juillet 2011, date de la dernière décision entrée en force. a) Le recourant souffre depuis plusieurs années de nombreuses atteintes à sa santé physique (diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle, insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs des deux côtés) et psychique. Aux termes de son rapport du 5 mai 2010, le Dr F. _____ avait relevé que seule l'atteinte psychique était invalidante. En effet, à la date de la première demande de prestations, cela faisait cinq ans environ que la Dresse V. _____ attestait de l'incapacité de travail de l'assuré. Quant à la nature de l'atteinte psychique, la psychiatre avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Pour leur part, le Dr C. _____ et Mme D. _____ avaient retenu une éventuelle dysthymie, au demeurant non incapacitante (cf. rapport d'expertise du 24 mars 2011). Fondé sur les rapports médicaux précités, l'OAI avait considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante (cf. décision du 11 juillet 2011). Les limitations fonctionnelles retenues consistaient dans des somatisations diverses, soit notamment des vertiges, des

- 14 - tensions rétro-oculaires, des oppressions thoraciques ainsi que de légères fluctuations de l'humeur. L'OAI a considéré que ces limitations étaient sans effet sur l'exigibilité. b) A l'appui de sa demande du 4 avril 2018, l'assuré invoque les mêmes problèmes de santé que ceux qui avaient fondé sa première demande du 21 janvier 2010. Les pièces médicales produites à l'appui de cette nouvelle demande ne contiennent aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable au regard de la situation qui prévalait au moment où la décision

du 11 juillet 2011 a été rendue. En effet, comme l'a relevé le SMR dans son rapport du 16 janvier 2019, le diabète et ses complications peuvent se stabiliser par le simple suivi par l'assuré des traitements et règles de vie proposés par ses médecins. La microalbuminurie est asymptomatique et la cardiopathie n'est pas décrite par les rapports médicaux produits comme ayant des répercussions significatives sur la capacité de travail. La polyneuropathie des membres inférieurs ne cause quant à elle ni trouble de la marche, ni chute, ni d'amyotrophie ou lésions tropiques significatives. Le recourant n'a pas non plus démontré que ses troubles psychiques auraient évolué depuis 2011. Le diagnostic de « possible état anxio-dépressif chronique » posé par le Dr N. _____ à l'appui de son rapport médical du 9 août 2018 n'est pas très précis et semble recouvrir les symptômes déjà analysés par la Dresse V. _____ et le Dr C. _____ en 2011. Cette indication ne suffit dès lors pas à attester que cette problématique se serait aggravée de façon significative depuis la décision du 11 juillet 2011. Or, il appartenait à l'assuré de démontrer que tel était le cas (cf. consid. 3b supra). C'est le lieu de relever que les pièces produites par l'assuré à l'appui de son recours ne sont pas recevables. Elles ont en effet été adressées à l'autorité de céans après l'échéance du délai imparti par l'OAI pour lui adresser les pièces pertinentes (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Au demeurant, ces documents n'apportent pas d'éléments nouveaux. c) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestation du 4 avril

- 15 - 2018 n'objectivent pas de nouvelles limitations fonctionnelles à celles déjà retenues à l'appui de la décision du 11 juillet 2011. 5. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer sur ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 4 avril 2018. Cela étant, l'assuré garde le droit de saisir l'OAI en tout temps d'une nouvelle demande de prestations. Si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à amener une appréciation différente de la situation, l'assureur devra rendre une nouvelle décision (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6). 6. a) Le recours 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 des 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.