

VD_GERICHTE ZD24.054284 vom 16. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.054284

FR: VD_GERICHTE ZD24.054284 du 16 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.054284 del 16 luglio 2025

Erwägungen

E. 3

A titre liminaire, il convient d'examiner le grief tiré d'une prétendue violation du droit d'être entendu invoquée par la recourant. a) En l'occurrence, l'office intimé n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant en refusant de lui accorder une nouvelle prolongation de délai afin de lui permettre de compléter ses objections. b) aa) L'art. 57a LAI – dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2021, applicable au cas d'espèce – dispose qu'au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que

- 13 - toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations (al. 1, première phrase) ; l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGa (al. 1, seconde phrase) ; les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours (al. 3). bb) Le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1er juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de trente jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73ter al. 1 RAI. Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement des travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGa, que ce délai de trente jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de trente jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de trente jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'alinéa 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637). c) Au regard de la jurisprudence précitée, c'est à juste titre que l'office intimé a refusé de prolonger le délai au 24 octobre 2024 qu'il avait accordé au recourant pour faire part de ses objections. L'office intimé avait expressément précisé, en accordant cette prolongation, qu'il

- 14 - n'y aurait pas de nouvelle prolongation et qu'il statuerait en l'état du dossier à l'échéance du délai. Le recourant ne saurait donc reprocher à l'office AI de lui avoir refusé

une troisième prolongation de délai, alors qu'il avait déjà bénéficié de deux prolongations. Le fait que les médecins qu'il a consultés n'ont pas été en mesure d'établir un rapport médical dans un délai raisonnable ne relève pas de la problématique liée à la mise en œuvre du droit d'être entendu, mais bien plutôt de motifs qui tiennent aux médecins eux-mêmes. A ce propos, il convient de relever que le recourant n'a pas même transmis un courrier, une convocation ou tout autre document attestant des démarches entreprises. Dans ces circonstances, il ne saurait faire grief à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu. En tout état de cause, force est de constater que le recourant a disposé de près de onze mois pour étayer sa nouvelle demande ; accéder à la demande de prolongation du recourant reviendrait dans ces conditions à suspendre indéfiniment le traitement de la nouvelle demande et à lui transférer la direction de la procédure, ce qui serait contraire au système prévu par la loi.

E. 4

Sur le fond, le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas.

E. 5

a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits 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).

- 15 - b) 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 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

E. 6

a) En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 novembre 2023. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision – entrée en force – du 9 avril 2019 accordant au recourant une rente limitée dans le temps – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 28 octobre 2024, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision en comparant

- 16 - les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 28 octobre 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 9 avril 2019. b) Il ressort des arrêts rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais en matière d'assurance-invalidité (arrêt du 11 février 2021) et par la Cour de céans en matière d'assurance-accidents (arrêt du 4 mai 2019) que les divers praticiens consultés s'accordaient pour constater que l'assuré ne pourrait plus reprendre son ancienne activité de maçon, trop lourde et exigeant l'adoption de postures inadéquates. Leurs avis étaient également concordants s'agissant des importantes autolimitations, des discrédances entre les constatations objectives et les plaintes et l'existence de facteurs non médicaux. Par contre, dès le 1er octobre 2017, tous les avis concluaient à l'exigibilité d'une activité légère adaptée que ce soit à l'aune des atteintes aux genoux, mais également en tenant compte des problèmes de rachis, ces derniers ayant notamment toujours été pris en compte dans les évaluations de la Clinique J. _____ ou du Dr L. _____. c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux (des 30 mars 2023 et 18 avril 2024) établis par le Prof. V. _____. Ces pièces ne permettent toutefois pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. En premier lieu, il convient de relever que les plaintes relatives par ce médecin dans son rapport du 18 avril 2024, à savoir des douleurs aux deux genoux, des lombalgies et des problèmes de sommeil sont, pour l'essentiel, similaires à celles que le recourant exprimait à l'époque où la décision du 9 avril 2019 a été rendue. En effet, lors de son examen médical final du 27 septembre 2017, le Dr C. _____ avait fait état, sur le plan subjectif, d'une augmentation des douleurs au niveau du genou gauche, de douleurs antérieures ainsi qu'au niveau du compartiment externe du genou droit, de lombo-sciatalgies droites et de difficultés à avoir des nuits réparatrices (cf. rapport du 1er novembre 2017). Certes, les

- 17 - rapports établis par le Prof. V. _____ laissent transparaître une évolution – de nature dégénérative – des atteintes au genou droit et à la colonne lombaire ; à cet égard, ce médecin a indiqué, dans son rapport du 18 avril 2024, qu'il existait actuellement un début d'arthrose du genou gauche qui n'était pas présente en 2018 et que l'arthrose posttraumatique au niveau du genou droit s'était aggravée de même que la lombarthrose. Pour autant, rien ne permet – si ce n'est l'affirmation péremptoire que la capacité de travail du recourant serait nulle – de retenir que dite évolution aurait un impact sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, au regard des limitations fonctionnelles retenues notamment par la Clinique J. _____, dont on relève au demeurant qu'elles rejoignent dans une large mesure celles décrites par le Prof. V. _____. Quant aux séquelles d'un coup du lapin à la suite d'un accident survenu en 2020, elles ne sont étayées par aucune pièce médicale et ne sauraient justifier une entrée en matière sur la nouvelle

demande. d) Sur le plan psychique, l'assuré n'a transmis à l'intimé aucun document attestant de la prise en charge alléguée dans son courrier du 7 août 2024. e) Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 novembre 2023, celui-ci n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible de modifier ses droits.

E. 7

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 8

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

- 18 - b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 21 mars 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 993 fr. 56, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

- 19 -

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