

VD_FINDINFO AI 28/19 - 33/2020 vom 3. Februar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_28_19_-_33_2020

FR: VD_FINDINFO AI 28/19 - 33/2020 du 3 février 2020

IT: VD_FINDINFO AI 28/19 - 33/2020 del 3 febbraio 2020

Regeste

NOUVELLE DEMANDE | 87 RAI

Erwägungen

E. 3

Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu sous la forme d'un défaut de motivation, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). a) Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2 ; voir également art. 49 al. 3 LPG). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). b) En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité dans le cadre de la décision attaquée (cf. mémoire de recours du 21 janvier 2019 p. 4 s.). Force est toutefois de souligner qu'aux termes de la décision attaquée du 5 décembre 2018, l'OAI a considéré que la situation de l'assurée n'avait connu aucune évolution et qu'il y avait ainsi lieu de s'en tenir aux considérations de la précédente décision du 4 août 2011. En d'autres termes, l'office intimé a retenu qu'il n'y avait pas lieu à effectuer un nouveau calcul du préjudice économique, puisque celui-ci était demeuré inchangé. Ainsi, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain 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). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Par ailleurs, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 let. a et b LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI). L'art. 17 al. 1 LAI prévoit plus spécifiquement que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient plus précisément à examiner, si entre la dernière décision de refus de rente, 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 juin 2015 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis la décision de refus de rente d'invalidité du 4 août 2011 (dont on rappellera qu'elle est entrée en force après avoir été confirmée par arrêt cantonal du 4 février 2013, lui-même entériné le 10 septembre 2013 par le Tribunal fédéral), dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance. a) Sur le plan somatique, il a été reconnu, à l'issue de la procédure antérieure, que l'assurée présentait des lombosciatalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, avec une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une pleine exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans le cadre de la nouvelle demande ici litigieuse, le Dr W. _____ a tout d'abord mentionné une progression des douleurs depuis le mois de décembre 2012 qui, combinée à une paralysie partielle séquellaire du nerf sciatique, avait engendré une perte d'autonomie ; l'évolution était également marquée par des poussées douloureuses nocturnes générant d'importants troubles du sommeil. Pour le Dr W. _____, il en résultait une incapacité totale de travail dans toute activité. Le pronostic tendait à une chronicité des troubles, avec le même niveau de douleur et une incapacité fonctionnelle totale définitive, les lésions séquellaires du nerf sciatique étant fixées depuis des années sans perspective de traitement (cf. rapport du 14 septembre 2015). Ultérieurement, ce même médecin a signalé la persistance de plaintes lombalgiques et d'irradiations névralgiques dans les membres inférieurs malgré la présence du stimulateur médullaire, avec des séquelles permanentes en lien avec les lésions radiculaires. Il a également fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure et de 50 à 60 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 20 avril 2018). A l'instar de l'office intimé, la Cour de céans ne voit pas en quoi de telles observations seraient révélatrices d'une modification significative de l'état de santé physique de la recourante. Comme l'a en effet relevé la Dre A. _____ (cf. avis SMR du 1 er mai 2018), le syndrome radiculaire résiduel séquellaire était déjà connu lors de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr G. _____ des 9

septembre 2009 et 4 janvier 2010 ; cf. également rapports du Prof. M. _____ des 17 janvier et 13 avril 2011), tout comme la pose d'un stimulateur médullaire (cf. rapports précités du Prof. M. _____ et avis médical SMR du 3 mars 2011 des Drs C. _____ et V. _____). Force est par ailleurs de constater que le Dr W. _____ a axé l'essentiel de son analyse sur les plaintes – par définition subjectives – de l'assurée, sans fournir d'indication médicale objective permettant de corréler l'aggravation rapportée depuis le mois de décembre 2012 (soit au début de sa prise en charge) à une modification concrète des atteintes somatiques. Rien dans les documents médicaux produits par le Dr W. _____ ne témoigne en outre d'une potentielle dégradation depuis la décision du 4 février 2011 : d'une part, le rapport d'IRM lombaire du Dr Y. _____ du 14 décembre 2010 se rapporte à la période déjà comprise dans cette décision et, d'autre part, le compte-rendu du Prof. M. _____ du 27 mai 2016 évoque une situation postérieure jugée très satisfaisante. Enfin, l'appréciation du Dr W. _____ convainc d'autant que moins que ce médecin, bien qu'évoquant des atteintes superposables dans ses rapports des 14 septembre 2015 et 20 avril 2018, a initialement considéré la capacité résiduelle de travail comme nulle (cf. rapport du 14 septembre 2015) pour finalement l'estimer entre 50 et 60 % (cf. rapport du 20 avril 2018), sans avancer la moindre explication sur le plan médical. Il découle de ce qui précède que l'appréciation du médecin traitant ne contient aucun élément pertinent susceptible d'étayer une détérioration notable de l'état de santé physique de la recourante. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI a retenu, aux termes de la décision attaquée, que la situation n'avait pas connu d'évolution significative sous l'angle somatique. b) Sur le plan psychique, il est constant qu'aucune atteinte incapacitante à la santé n'a été retenue dans le cadre de la procédure antérieure. A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée s'est dans un premier temps prévalu de la jurisprudence fédérale instaurée le 3 juin 2015, selon laquelle les affections psychosomatiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281), jurisprudence ultérieurement étendue aux affections psychiques (ATF 143 V 409 et 418). C'est toutefois oublier que cette jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ou de révision (ATF 141 V 585 consid. 5). On ajoutera, par surabondance, que cette nouvelle jurisprudence présuppose un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6) – ce qui fait précisément défaut dans le cas d'espèce. En l'occurrence, il apparaît certes que, dans son rapport du 14 septembre 2015, le Dr W. _____ a évoqué l'installation d'un syndrome dépressif réactionnel aux douleurs permanentes, nécessitant le recours régulier à des cures d'antidépresseurs. Dans son rapport du 20 avril 2018, ce médecin n'a cependant plus fait mention d'aucun élément relevant de la sphère psychique. Puis, dans un compte-rendu du 9 juillet 2019 produit devant la juridiction de céans, le Dr W. _____ a expliqué que le rapport du 20 avril 2018 ne portait que sur les limitations somatiques et que le rapport du 14 septembre 2015 conservait toute sa pertinence pour l'aspect psychique, avec une incapacité toujours entière et permanente. Cette appréciation ne saurait toutefois emporter la conviction de la Cour de céans. Tout d'abord, force est de constater que le Dr W. _____ s'est contenté d'affirmer péremptoirement l'existence d'un syndrome dépressif, sans fournir la moindre motivation sur le sujet. Ses assertions sont donc dépourvues de base objective comme d'une réelle analyse du cas. Du reste, il y a lieu de relever que le Dr W. _____ n'est pas psychiatre mais médecin praticien – soit un titre permettant aux médecins ayant obtenu un titre de spécialiste en médecine générale dans un Etat membre de l'Union européenne de se voir

délivrer une autorisation cantonale d'exercer (cf. <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2018.06494>). Son évaluation de l'état de santé psychique de la recourante ne saurait donc équivaloir à un avis spécialisé en la matière. Enfin, il convient de souligner que si le questionnaire médical rempli le 20 avril 2018 était certes intitulé « Rapport médical somatique » en tant qu'il était adressé à un médecin somaticien, rien n'empêchait pour autant le Dr W._____ d'y inclure d'éventuels éléments d'ordre psychique qu'il aurait pu observer en sa qualité de médecin traitant assumant la prise en charge de l'assurée depuis plusieurs années – que ce soit quant aux diagnostics, aux constats cliniques, à la médication ou à la capacité de travail. On rappellera, au surplus, que l'évocation d'une composante psychique n'est pas nouvelle puisque le Dr G._____ avait déjà signalé un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive lors de la procédure antérieure, sans toutefois prêter une nature incapacitante à ce diagnostic (cf. rapports des 5 mai 2009,

E. 9

septembre 2009 et 4 janvier 2010). A l'époque, ce médecin avait plus particulièrement souligné l'utilité d'une médication anxiolytique/antidépressive, à laquelle la recourante semblait toutefois peu réceptive (cf. rapport du 5 mai 2009 p. 3) ; le seul fait que l'intéressée ait entre-temps changé d'attitude et entrepris des cures d'antidépresseurs (cf. rapport du Dr W._____ du 14 septembre 2015) n'est dès lors pas significatif. Tenant compte de l'ensemble de ces considérations, la Cour de céans ne peut donc que réfuter toute modification importante de la situation, appréhendée au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). C'est ici le lieu de préciser que la Cour de céans n'a pas à se pencher sur la péjoration des troubles psychiques et la prochaine mise en œuvre d'un suivi spécialisé mentionnées le 9 juillet 2019 par le Dr W._____. En effet, le cadre temporel de l'examen du juge est défini par la date de la décision administrative (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée), soit en l'occurrence le 5 décembre 2018. La période postérieure échappe, quant à elle, au pouvoir d'examen de la Cour de céans et pourra, tout au plus, faire l'objet cas échéant d'une nouvelle demande dûment motivée. Il apparaît par conséquent, sur le vu de ce qui précède, que l'OAI était à l'évidence fondé à ne retenir aucune évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 4 août 2011. c) En définitive, faute d'évolution notable de l'état de santé de la recourante et en l'absence du moindre élément évoquant une modification significative sur le plan économique, l'office intimé était manifestement légitimé à renvoyer au calcul de la perte de gain résultant de la décision du 4 août 2011 –arrêtant le taux d'invalidité à 10,30 % – et, sur cette base, à rejeter la nouvelle demande de prestations du 24 juin 2015, compte tenu d'un taux d'invalidité largement inférieur au seuil prévu pour l'octroi d'une rente d'invalidité ou d'une mesure de reclassement. 6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise pluridisciplinaire [cf. mémoire de recours du 21 janvier 2019 p. 16]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). La recourante, bien que dûment interpellée (cf. avis de la juge instructrice du 9 août 2019), n'a en outre pas confirmé sa requête de débats publics, ce dont il y a lieu de prendre acte. 7. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions

sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPG). c) La recourante a par ailleurs obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Marie Signori (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), laquelle a produit sa liste des opérations le 19 août 2019. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Signori est arrêtée à 2'018 fr. 60, débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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