

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 730 vom 4. Februar 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2013\\_\\_730](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__730)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 730 du 4 février 2014

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 730 del 4 febbraio 2014

### **Regeste**

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RECONSIDÉRATION, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, CONSTATATION DES FAITS | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 28 al. 3 LPGA, 43 LPGA, 6 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

février 2012, une nouvelle demande de prestations a été déposée auprès de notre assurance. La dernière demande de prestations a été rejetée par décision du 9 juin 2011 et confirmée par arrêt du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales en date du 18 novembre 2011. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que s'il est rendu plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer le droit aux prestations. L'examen de cette nouvelle demande n'a pas permis d'objectiver une modification de notre prise de position du 9 juin 2011. Les empêchements et plaintes avancés par votre mandante ont été pris en compte lors de la précédente demande de prestations, pour laquelle une expertise à la Clinique Y. \_\_\_\_\_ avait été réalisée en 2007. Aussi, la décision du 9 juin 2011 doit être confirmée et le droit aux prestations n'est pas ouvert." D. Par acte de son mandataire daté du 17 juin 2013 (timbre postal : 20 juin 2013), K. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 22 mai 2013 en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire la concernant (présente cause AI 165/13). A l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir qu'il y a lieu de reconnaître dans son cas l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, la rendent incapable de fournir des prestations, même dans une activité adaptée, ces facteurs étant la présence de douleurs importantes par leur gravité, leur acuité et leur durée, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoire ou stationnaire conformes aux règles de l'art, cela en dépit de son attitude coopérative. A cet égard, la dégradation et l'impossibilité d'exercer une activité, même adaptée à sa situation doivent justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité. La recourante considère de plus que s'agissant de sa capacité de travail dans une activité exigible, compte tenu de sa pathologie essentiellement marquée par des douleurs sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir les conclusions globales d'une expertise pluridisciplinaire (physique et psychique) et non celles, forcément sectorielles, de spécialistes s'exprimant dans leur seul domaine. Selon la recourante, seule une telle expertise apparaît adéquate pour établir de

manière objective si elle présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. La recourante a également produit un nouveau rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2013 par lequel ces praticiens estiment que le diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique est un élément nouveau qui mérite d'être traité en tant que tel. Ils relèvent également que la complexité de la situation psychologique de la recourante explique le temps de latence qui a été nécessaire à l'établissement de ce diagnostic et que, de leur point de vue, les troubles psychiques de leur patiente sont indépendants des douleurs chroniques. Ils soulignent enfin qu'à leur sens, la recourante présente une incapacité de travail à long terme en raison de ses problèmes psychiatriques. Par réponse du 22 août 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée en se fondant en particulier sur l'analyse de la situation médicale de la recourante effectuée par le SMR le 4 février 2013. Dans le délai imparti au 25 septembre 2013, la recourante ne s'est pas manifestée. Par courrier du 14 octobre 2013, elle a déclaré qu'un nouveau rapport médical circonstancié n'avait pas pu être établi "pour des raisons techniques ; dès sa réception nous vous le ferons parvenir dans le but de compléter le dossier [...] avec de nouveaux éléments". Elle a renvoyé à un courrier que "son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_" avait adressé en date du 25 septembre 2013 à son conseil. Il ressort de ce courrier que la recourante était originellement suivie par une autre dame de leur cabinet et que cette dernière était en congé maternité depuis fin août 2013 ; il fallait donc trouver un interprète et du temps pour établir un certificat médical. Par courrier du 17 octobre 2013, le juge instructeur de la cause a rendu la recourante attentive au fait qu'elle ne s'était pas prononcée dans le délai imparti par le tribunal au 25 septembre 2013 et que de plus le cabinet du Dr Q. \_\_\_\_\_ / T. \_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé à trois reprises dans cette affaire, soit les 10 mai et 3 octobre 2012 et le 20 juin 2013, soit la dernière fois suite au refus de l'OAI et à l'avis médical du SMR du 4 février 2013. Eu égard notamment au fait que l'OAI n'avait pas présenté de nouvel avis médical, eu égard aux rapports médicaux déjà versés au dossier et eu égard au fait que la Cour de céans se basait sur l'état de fait au moment de la décision attaquée, le juge instructeur a retenu que la cause paraissait prête à être jugée et qu'il ne voyait pas de motif suffisant pour accorder formellement un nouveau délai. La cause allait donc être attribuée à un greffier pour rédaction sur instruction du juge rapporteur. La recourante ne s'est plus manifestée par la suite. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la composition de trois juges dès lors que la valeur litigieuse dépasse les 30'000 fr. (art. 93 let. a et 94 al. 1 et 4 LPA-VD et 83c LOJV [loi

d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01.01]). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme. 2. Est litigieux en l'occurrence le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite du dépôt, le 29 février 2012, d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière. Comme il sera exposé, se pose plus particulièrement la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit à une rente. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. 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). Est réputée 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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 in fine). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence citée). c) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté ; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs ; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée ; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ; enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 130 V 352 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2)). Du point de vue juridique, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux répondent aux mêmes règles lorsque se pose la question de leur caractère invalidant. La fibromyalgie est en effet une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2). 4. Une nouvelle demande, déposée après un précédent refus, ne peut être examinée que si celle-ci a établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, RO 2011 5679 ; cf. aussi ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Le tribunal ne contrôle alors toutefois pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 2.1). Après être entrées en matière sur une nouvelle demande, les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64 consid. 2 ; 133 V 108 consid. 5.2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non

seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue cependant pas un motif de révision, respectivement ne permet pas de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 et I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait, en principe, 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 les circonstances régnant au moment de la décision litigieuse actuelle (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2). Par ailleurs, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (cf. ATF 127 V 353 consid. 5).

5. a) Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 arrêt du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un centre d'observation médicale de

l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine ; 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration, en cas de recours par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. art. 28 al. 2 LPGA ; ATF 117 V 263 consid. 3b, 282 consid. 4a ; 116 V 26 consid. 3c ; 115 V 142 consid. 8a ; TF 8C\_929/2008 arrêt du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 arrêt du 25 octobre 2006 consid. 2.2). Ce devoir comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 183 consid. 3.2 ; 117 V 263 consid. 3b ; 125 V 195 consid. 2 ; TF 8C\_929/2008 du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 du 25 octobre 2006 consid. 2.2).

c) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3).

6. a) En l'espèce, afin de déterminer l'existence éventuelle d'une péjoration de l'état de santé de la recourante, il convient de comparer l'évolution de sa situation médicale entre le 2 juillet 2008, date de la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits et une appréciation des preuves conforme au droit, et le 22 mai 2013, date de la décision litigieuse (cf. ci-dessus consid. 4 in fine). Vu que la recourante avait déjà déposé en janvier 2011 une nouvelle demande, mais qu'elle avait failli à tout devoir de collaboration sans excuse et sans avoir retiré sa demande (cf. ci-dessus let. B), pourrait se poser la question s'il n'y aurait pas même lieu de comparer la situation uniquement entre l'année 2011 et le 22 mai 2013. Pour les raisons exposées ci-après, cette question peut cependant rester indécise.

b) Sur le plan somatique, on relèvera que la position de l'OAI dans sa décision du 2 juillet 2008 se basait sur l'expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2007 laquelle ne retient aucun diagnostic invalidant et ne pose que des diagnostics secondaires, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ces diagnostics sont ceux de lombosciatalgies droites chroniques (M54.4), d'alpha-thalassémie hétérozygote (D56.0), de grossesse gémellaire au 4<sup>ème</sup> mois, d'uvéite

récidivante (hétérochromie de Fuchs) (H20.1) et d'isthmolyse de L4. D'emblée, on constatera que la question de la grossesse de la recourante n'entre plus en ligne de compte dans le cadre de la présente procédure, ni la question de son uvéite récidivante, dont elle n'a jamais fait état pour justifier une de ses demandes de rente et qui est attestée médicalement depuis des années (cf. rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 26 avril 2005). Il en va de même de son alpha-thalassémie hétérozygote, à savoir une forme de déficience de la production d'hémoglobine, mais qui de toute évidence est mineure dans le cas d'espèce selon les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ et dont la recourante ne se prévaut pas non plus dans le cadre de la présente procédure. La recourante n'a pas non plus fondé sa demande litigieuse de février 2012 sur les rapports médicaux qu'elle avait présentés à l'occasion de son recours devant la Cour de céans dans la cause AI 214/11 qui avait été déclaré irrecevable. Le SMR avait d'ailleurs à juste titre considéré, dans son avis médical du 2 septembre 2011, que ces rapports n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan somatique. On relèvera en effet que le rapport de l'ostéopathe N. \_\_\_\_\_ du 30 mai 2011 reprenait très largement le tableau clinique posé par les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_. Il en va de même du rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2011, lequel maintenait pour l'essentiel sa prise de position déjà détaillée dans son rapport de 2006. Quant au Dr X. \_\_\_\_\_, son rapport du 27 avril 2011 ne mettait en évidence aucune aggravation significative sur le plan neurologique. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie évoqué par le Dr X. \_\_\_\_\_ et l'ostéopathe N. \_\_\_\_\_, on constatera qu'il n'est pas particulièrement étayé sur le plan clinique et qu'aucun élément au dossier n'indique la présence d'une comorbidité psychiatrique majeure associée à cette pathologie de sorte qu'elle ne peut être retenue comme invalidante, surtout face à une assurée connue pour être démonstrative (cf. supra consid. 3c et expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_). Dans le cadre de la présente procédure, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, retient dans son rapport médical du 31 juillet 2012 comme diagnostics un syndrome douloureux chronique et des troubles dégénératifs multi-étagés du rachis. Outre le fait que ces diagnostics touchent au rachis, qui avait déjà été examiné lors de l'expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_, ce médecin n'indique pas en quoi les symptômes constatés contribueraient à une péjoration significative de l'état de santé de la recourante ou s'écarteraient de manière sensible de ceux posés par les experts de sorte à remettre leurs conclusions en question. De plus, il indique que sa patiente se plaint au niveau symptomatique de douleurs mal systématisées, diffuses, migrantes et intenses, ce qui correspond à la description des éléments discutés par les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_. En définitive, ce rapport médical n'apporte aucun élément nouveau sur le plan somatique qui rendrait plausible une aggravation significative de l'état de santé de la recourante ayant un effet sur sa capacité de travail. Il en va de même du rapport médical du 2 octobre 2012 établi par les Dresses M. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, lequel se relève, de plus, peu détaillé. c) Sur le plan psychique, on rappellera que l'expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2007, ne retient aucun diagnostic et conclut à une pleine capacité de travail chez la recourante. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a produit devant l'OAI deux rapports médicaux du Dr Q. \_\_\_\_\_, respectivement du 10 mai 2012 (cosigné avec la psychologue T. \_\_\_\_\_) et du 3 octobre 2012 dans lequel est, au final, posé le diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique (F21 selon la CIM-10), soit un diagnostic nouveau dans le cadre de ce dossier, et d'épisode dépressif sévère (F32.2 selon la CIM 10). Dans un troisième courrier de ces spécialistes, du 20 juin 2013, produit avec le recours, est uniquement mentionné le diagnostic du trouble de la personnalité schizotypique. Dans le cadre de ses rapports, le Dr Q. \_\_\_\_\_ indique que le

trouble de la personnalité schizotypique de sa patiente est présent depuis de nombreuses années. On soulignera toutefois que, sur ce point précis, ce médecin n'est pas constant sur la période à partir de laquelle ces troubles psychiatriques se seraient manifestés pour la première fois puisqu'il fait tantôt référence à une apparition en 2000, respectivement "depuis un peu plus de 10 ans", tantôt à une apparition après le licenciement de sa patiente, lequel n'est toutefois intervenu qu'au printemps 2006. Dans tous les cas, on constatera que ces troubles - décrits comme récurrents et réguliers - sont apparus avant l'expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2007, qui contenait un volet psychiatrique, et avant la première décision de refus de l'OAI du 2 juillet 2008. Dans cette mesure, il n'y a donc pas de changements importants ou une aggravation de l'état de santé qui se seraient produits après la première décision entrée en force de l'OAI du 2 juillet 2008. Comme exposé (cf. ci-dessus consid. 4), une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, respectivement ne permet pas de conclure à l'existence d'une aggravation. Certes, le Dr Q. \_\_\_\_\_ expose que sa patiente aurait eu des craintes d'exposer qu'elle avait des hallucinations de peur d'être hospitalisée et d'être séparée des siens ; ce ne serait que dans le cadre de ses consultations auprès de ce thérapeute, entre 2011 et 2012, qu'elle aurait trouvé la force de révéler que ces hallucinations existaient depuis environ dix ans. Cet argument n'est toutefois pas pertinent sur le plan juridique. En effet, si la recourante souffrait de ses troubles psychiatriques déjà entre 2000 et 2008, il lui incombait, conformément à son obligation de renseigner et de collaborer (cf. ci-dessus consid. 5b), d'en avertir l'OAI, respectivement le corps médical, afin que son cas soit examiné et tranché en toute connaissance de cause. Ce devoir, au demeurant raisonnablement exigible, lui appartenait dès sa première demande de rente déposée le 4 mai 2006. Il est dès lors tardif d'invoquer cette pathologie lors de sa troisième demande de rente AI déposée en février 2012 et la recourante doit supporter les conséquences de son comportement. La Cour de céans arrive ainsi à la conclusion que cette pathologie ne peut être considéré juridiquement comme nouvelle. La recourante a été examinée sur le plan médical à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ de janvier 2007. S'agissant de l'épisode dépressif majeur évoqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_, on constatera, par ailleurs, que sur ce point son rapport du 3 octobre 2012 est lacunaire et peu étayé. Il n'y est pas démontré en quoi l'intensité de cet épisode serait différente des "éléments d'allure dysthymique" retenus par les experts de la Clinique Y. \_\_\_\_\_ de sorte que l'existence de ce diagnostic n'emporte pas la conviction de la Cour de céans quant à sa nature. En définitive, on soulignera le caractère parfaitement probant de l'expertise de la CRR du 22 janvier 2007 au regard des réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. ci-dessus consid. 5a). En effet, cette expertise repose sur un examen personnel de l'assurée dans le cadre de plusieurs consultations effectuées les 15 et 16 janvier 2007. Elle repose également sur les pièces médicales présentes au dossier. Elle récapitule l'anamnèse de l'assurée. Elle énonce en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressée ainsi que les constatations objectives et les discute de manière détaillée. Ses conclusions, claires, sont convaincantes. Par opposition, les rapports médicaux moins complets et moins cohérents du Dr Q. \_\_\_\_\_, qui, en outre, apparaît comme psychiatre traitant de la recourante, doivent être pris en considération avec plus de réserve, ce qui conduit la Cour de céans à les écarter en tout état de cause. De plus, il ressort du courrier de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2013 qu'apparemment ce n'est même pas le Dr Q. \_\_\_\_\_ - qui de plus est psychiatre pour enfants et non pour adultes - mais une personne sans titre agréé en Suisse de psychiatre qui a suivi la recourante et a ainsi

communiqué avec elle. d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ci-dessus consid. 5c). e) Vu ce qui précède, il n'y a pas de changement de situation ou d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de l'OAI du 2 juillet 2008, respectivement celle du 9 juin 2011, toutes deux entrées en force. Il n'y donc pas lieu de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA et d'accorder à l'assurée des prestations de l'AI. Eu égard à ce qui est exposé au considérant 6c ci-dessus, il n'y a pas non plus lieu d'admettre une reconsidération selon l'art. 53 al. 1 LPGA. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 22 mai 2013 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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