

VD_GERICHTE ZD12.007411 vom 13. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.007411

FR: VD_GERICHTE ZD12.007411 du 13 juin 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.007411 del 13 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD- 10)

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires (connues depuis 2002). - Gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale (connue depuis 2002).

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Obésité. - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). - Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0).

E. 5

En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force 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, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante a établi de façon plausible, dans le cadre de la procédure administrative par-devant l'OAI, que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision de refus de prestations du 21 janvier 2009. a) A titre préalable, on relèvera que le certificat du Dr I. _____ du 19 mars 2012 n'a pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 4c supra). On notera également que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 3 et 4 RAI (cf. consid. 4c supra; cf. TF 9C_959/2011 précité consid. 4.4 et 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2), le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire tel que le requiert la recourante dans son écriture du 19 mars 2012 (p. 3), ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction; il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative dans le cadre de la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

- 18 - b) La nouvelle demande de prestations introduite le 1er novembre 2011 est fondée sur le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011. aa) Dans ce compte-rendu, le Dr I. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chronicisées, de troubles de l'équilibre multifactoriels, et de trouble anxio-dépressif avec repli social sur trouble de l'adaptation. Or, ainsi que l'ont souligné le SMR (cf. avis médical du Dr BB. _____ du

14 novembre 2011) et l'OAI (cf. réponse du 12 avril 2012), les troubles énumérés par le Dr I. _____ avaient déjà été pris en considération lors de la précédente demande de prestations. S'agissant plus particulièrement des lombalgies, elles ont été signalées dès la première demande de prestations par le Dr S. _____ (cf. rapport du 4 janvier 2001), en lien avec un examen radiologique pratiqué par le Dr K. _____ (cf. rapport du 9 février 2000), et ont à l'époque été considérées comme dépourvues de caractère invalidant (cf. rapport des Drs C. _____ et Q. _____ du SMR du 18 avril 2001; cf. jugement du TASS du 8 décembre 2003 consid. 7c). Elles ont ensuite à nouveau été évoquées lors de la troisième demande de prestations déposée le 9 novembre 2005 et rejetée par décision du 21 janvier 2009. A ce propos, si le Dr I. _____ a posé le diagnostic incapacitant de syndrome lombo- vertébral (cf. rapport du 16 janvier 2007) et la Dresse L. _____ de lombalgies chroniques avec hyperlordose lombaire (cf. rapport du 13 février 2007), les experts Y. _____ et U. _____ de la Clinique E. _____ ont pour leur part expliqué que l'assurée signalait des douleurs musculo- squelettiques intéressant tant le rachis que les articulations périphériques (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 12), que l'examen clinique ostéo-articulaire était toutefois globalement normal, sans altération manifeste des mobilités articulaires (cf. ibid. pp. 16 et 23), et qu'il y avait lieu de conclure, en guise de diagnostic incapacitant, à un syndrome douloureux musculo-squelettique ubiquitaire (cf. ibid. 16) – appréciation confirmée par le SMR (cf. avis de la Dresse G. _____ du 21 avril 2008) et, corollairement, par l'OAI. Au vu de ces circonstances, on ne peut que constater qu'en tant qu'il mentionne le diagnostic incapacitant de

- 19 - lombalgies chronicisées, le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 se réfère à des éléments déjà connus et n'est pas révélateur d'un changement important depuis la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009. En ce qui concerne les troubles de l'équilibre multifactoriels, il faut rappeler que dans le cadre de la précédente demande de prestations, aux termes d'un compte-rendu du 16 janvier 2007, le Dr I. _____ a fait mention d'un syndrome vertigineux rotatoire dépourvu d'impact sur la capacité de travail. Par la suite, après avoir procédé à des investigations sur le plan oto-rhino-laryngologique, les Drs X. _____ et A. _____ ont mis en évidence, le 15 février 2007, un trouble fonctionnel de l'équilibre avec réaction anxieuse. Quant aux experts Y. _____ et U. _____, ils ont pris note de ces troubles (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 pp. 19 et 29), ont relevé l'absence de malaise ou de perte de connaissance (cf. ibid. p. 19), et n'ont pas reconnu de caractère incapacitant à cette pathologie, position qu'a suivie la Dresse G. _____ du SMR en retenant que le trouble de l'équilibre en question n'était pas du ressort de l'AI (cf. rapport du 21 avril 2008). Aussi, les troubles de l'équilibre évoqués dans le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 ayant déjà été pris en considération lors de la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009, ils ne sauraient donc justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1er novembre 2011. Peu importe, sur ce point, que le Dr I. _____ ait considéré dans son compte-rendu du 2 octobre 2011 que cette pathologie influait désormais sur la capacité de travail de l'assurée, ce médecin n'ayant nullement motivé son point de vue sur la question. Enfin, dans son rapport du 2 octobre 2011, le Dr I. _____ s'est référé à un trouble anxio-dépressif avec repli social sur trouble de l'adaptation, à titre d'atteinte se répercutant sur la capacité de travail. Or, dans le cadre de la précédente procédure AI, ce médecin a évoqué un trouble anxio-dépressif et un trouble de l'adaptation dans un certificat médical du 13 avril 2006, avant de poser le diagnostic incapacitant de trouble anxio-dépressif de type somatoforme dans un compte-rendu du 16

- 20 - janvier 2007. Quant à la Dresse L. _____, elle a retenu, dans un rapport du 13 février 2007, les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de trouble anxieux phobique. Les avis respectifs de ces deux médecins n'ont toutefois pas été suivis par les experts de la Clinique E. _____, lesquels ont retenu que l'assurée ne présentait aucun trouble psychiatrique incapacitant (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 pp. 16 et 34), singulièrement qu'un épisode dépressif était hautement invraisemblable (cf. *ibid.* p. 28), qu'il n'y avait pas de trouble anxieux spécifique (cf. *ibid.* p. 29), et que l'on ne pouvait en définitive retenir aucun trouble invalidant en particulier sur les plans thymique, anxieux ou psychotique (cf. *ibid.* p. 34); ils ont par ailleurs fait état d'un manque d'intégration mais ont précisé que celui-ci était secondaire aux difficultés d'adaptation dues notamment à un manque de maîtrise du français, que ces limitations avaient été présentes dès l'arrivée en Suisse, qu'elles n'avaient plus évolué depuis lors, et qu'elles expliquaient que l'assurée – qui continuait à voir ses enfants et maintenait des contacts réguliers avec sa famille en Turquie – n'ait pas noué d'autres relations dans sa vie (cf. *ibid.* p. 31). Tout au plus ont-ils admis l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans impact sur la capacité de travail (cf. *ibid.* p. 15), après avoir examiné les critères de gravités déterminants en la matière et avoir considéré que ceux-ci n'étaient pas remplis (cf. *ibid.* pp. 30 s.). Le SMR (et, par voie de conséquence, l'OAI) s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique E. _____ et a ainsi confirmé l'absence de trouble psychique incapacitant (cf. rapport médical de la Dresse G. _____ du 21 avril 2008, spéc. p. 2). Partant, en évoquant une problématique psychiatrique déjà écartée lors de la précédente procédure AI, le Dr I. _____ n'a, sous cet angle, signalé aucun élément nouveau susceptible d'être pris en compte dans le présent contexte. Il s'ensuit qu'en tant que tels, les diagnostics retenus dans le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 ne témoignent pas d'une évolution significative depuis la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009.

- 21 - bb) Cela dit, dans son rapport du 2 octobre 2011, le Dr I. _____ a signalé une péjoration de l'état général somatique et psychique (avec crise d'angoisse) de la recourante, en réaction à la découverte d'un gliome cérébral non opérable et de mauvais pronostic chez le fils de cette dernière, et a par ailleurs estimé que l'activité habituelle n'était médicalement plus exigible et qu'une activité adéquate pourrait éventuellement être exercée à 20% dans un cadre structurant et adapté avec consignes répétitives et simples. Le Dr I. _____ s'est toutefois exprimé de manière laconique et en des termes abstraits au sujet de la détérioration alléguée, sans avancer d'éléments susceptibles d'objectiver concrètement une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Bien au contraire, les constatations médicales figurant dans le rapport du 2 octobre 2011 («Fatigabilité, Labilité émotionnelle et Repli sur soi. Anhédonie et Insomnie» [cf. ch. 1.4 p. 2]) sont essentiellement superposables à celles évoquées dans les précédents comptes-rendus du Dr I. _____ des 13 avril 2006 (repli sur soi, anhédonie, insomnie) et 16 janvier 2007 (anhédonie, labilité émotionnelle), dont les spécialistes de la Clinique E. _____ ont tenu compte dans le cadre de leur expertise (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008, en particulier p. 6 [rubrique «Résumé du dossier médical»]). Or, le fait que le Dr I. _____ décrive des constatations médicales demeurées en substance inchangées plaide de toute évidence à l'encontre d'une quelconque aggravation des troubles de la recourante. Le rapport du 2 octobre 2011 énonce par ailleurs diverses restrictions sous forme d'une capacité de concentration et de compréhension réduite, de troubles de l'équilibre et fatigabilité, et de troubles de la mémoire (cf. ch. 1.7 p. 2), sans autre précision. Ces restrictions diffèrent de celles retenues dans le cadre de la précédente procédure AI, lors

de laquelle les experts de la Clinique E._____ ont mentionné des limitations strictement somatiques (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 17 point B.1). A l'époque, les experts ont en revanche considéré que le trouble de l'équilibre n'était pas invalidant (cf. consid. 5b/aa supra), que les facultés mnésiques étaient conservées (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 26), qu'il existait a priori une réduction de l'énergie ou augmentation de la

- 22 - fatigabilité dont l'amplitude était toutefois difficile à évaluer au vu des contradictions émaillant les propos et le comportement de l'assurée (cf. ibid. p. 27), et que cette dernière était capable de bien comprendre et de bien se concentrer (cf. ibid. p. 28). Dès lors que rien dans le rapport du 2 octobre 2011 ne permet de comprendre en quoi les observations précitées des experts ne seraient plus d'actualité et en quoi les restrictions évoquées par le Dr I._____ seraient désormais justifiées, il suit de là que l'on ne saurait, sous cet angle non plus, conclure à une détérioration plausible de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 21 janvier 2009. Pour le reste, le rapport du 2 octobre 2011, dont la motivation est particulièrement succincte, ne permet pas de déceler de plus amples indications concernant l'évolution des troubles de l'assurée. Cela étant, quand bien même la recourante aurait été touchée par les problèmes de santé rencontrés par son fils au moment de la nouvelle demande de prestations introduite le 1er novembre 2011, il n'en demeure pas moins que le compte-rendu rédigé par le Dr I._____ le 2 octobre 2011 ne contient aucun indice sérieux laissant à penser que l'état de santé de l'intéressée se serait dégradé de façon significative depuis la décision du 21 janvier 2009, au point de conduire à une diminution prolongée de sa capacité de travail. cc) En définitive, le rapport du 2 octobre 2011 du Dr I._____ n'apporte aucun nouvel élément dans le sens d'une modification significative de la situation de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 21 janvier 2009. c) Au surplus, on notera encore que, contrairement à ce que soutient la recourante, peu importe que l'expertise réalisée par les médecins de la Clinique E._____ remonte à 2008 (cf. mémoire complémentaire du 19 mars 2012 p. 2). En effet, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas dans le présent contexte (cf. consid. 4c supra), il n'appartenait pas à l'office intimé de procéder à des mesures d'instruction en vue d'actualiser le dossier. Il incombait en revanche à l'intéressée de fournir les éléments médicaux pertinents pour étayer sa

- 23 - nouvelle demande – ce que cette dernière n'a manifestement pas fait, ainsi qu'il appert des considérations qui précèdent. d) Dès lors que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 21 janvier 2009, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 1er novembre 2011.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé, 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 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. 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. La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton,

provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

- 24 - S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 7 heures de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant total d'honoraires s'élevant à 1'360 fr. 80, TVA de 8% comprise. De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 50 fr., auxquels il convient d'ajouter 4 fr. de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 1'414 fr. 80 (TVA de 8 % comprise). Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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