

VD_GERICHTE ZD12.035534 vom 14. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.035534

FR: VD_GERICHTE ZD12.035534 du 14 juin 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.035534 del 14 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

RAI, il n'appartient ni à l'intimé, ni à la Cour de céans, de procéder à des

- 16 - mesures d'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, mais à l'intéressée de fournir les éléments médicaux pertinents. A cet égard, on relèvera que le dépôt de rapports médicaux n'est pas suffisant, encore faut-il que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle retenus à l'époque, soit en 2011. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il ressort en effet du courrier du 9 mars 2012 de la Dresse W. _____ que cette praticienne ne s'est pas explicitement exprimée sur la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique, se limitant à confirmer une totale incapacité de travail depuis 1998, période correspondant au dépôt de la première demande de rente. L'incapacité de travail retenue est essentiellement fondée sur les plaintes de sa patiente, sans base organique probante. Les examens radiologiques réalisés en 2012 (IRM du

E. 6

janvier 2012 du genou droit et IRM du 3 janvier 2012 de la colonne totale) confirme les lésions décrites antérieurement (rapport d'expertise du 1er juillet 2010 de la Dresse R. _____), sans évolution significative. S'agissant de l'atteinte aux deux genoux, la Dresse W. _____ n'a pas expliqué en quoi l'atteinte au genou droit en particulier serait susceptible d'avoir une influence déterminante sur la capacité de travail de la recourante ou serait de nature à entraîner des limitations fonctionnelles. Enfin, sur le plan psychiatrique, la situation médicale actuelle de la recourante telle que décrite par le Dr K. _____ est superposable à celle qu'il rapportait dans son rapport médical du 14 février 2008, à savoir que sa patiente présente un épisode dépressif sévère, présent depuis 1998 et associé à un trouble somatoforme douloureux. Le Dr K. _____ n'a toutefois pas été en mesure d'étayer l'affirmation selon laquelle l'état de santé de sa patiente se serait aggravé depuis lors. On rappellera que dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 juin 2010, le Dr T. _____ avait retenu que la recourante présentait un épisode dépressif moyen qui n'avait pas les caractéristiques d'un trouble affectif évoluant per se, mais qu'il comportait une composante réactionnelle indéniable, qu'il était apparu après la douleur chronique et paraissait bel et bien associé au tableau clinique du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sorte qu'il n'était pas justifié d'en faire une entité à part ayant valeur

- 17 - incapacitante en soi. En d'autres termes, l'expert a exclu toute comorbidité psychiatrique, au sens de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2) et a conclu que malgré l'état dépressif dont elle faisait état depuis plusieurs années et compte tenu de la jurisprudence en matière de trouble

somatoforme douloureux, la recourante conservait sa capacité de travail. Enfin, l'appréciation du Dr K. _____ concernant une aggravation et une cristallisation des troubles fonctionnels n'est pas suffisamment motivée pour retenir une aggravation de l'atteinte à la santé (avis médical du SMR du 7 mai 2012). b) Dans la mesure où la recourante se réfère uniquement aux rapports des Drs W. _____ et K. _____ pour justifier une aggravation de son état de santé depuis l'appréciation faite par les Drs T. _____ et R. _____ (dans le cadre d'un mandat d'expertise judiciaire) des critères posés par la jurisprudence pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, son argumentation est mal fondée. 5. a) Faute pour la recourante d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande du 7 février 2012, ni à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires (cf. consid. 3b supra). La décision attaquée doit par conséquent être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

- 18 -

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