

## **VD\_GERICHTE ZD15.036606 vom 20. Januar 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.036606](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.036606)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.036606 du 20 janvier 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD15.036606 del 20 gennaio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

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 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. 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% au moins 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010

- 37 - consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5).

#### **E. 4**

a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2). b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; 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

- 38 - conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 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 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 – soit en l'occurrence la décision du 27 octobre 2010 –, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

## **E. 5**

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 et les références citées). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces

- 39 - syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en

lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

#### **E. 5.5**

; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre

- 42 - en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

#### **E. 6**

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

- 40 - position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du

- 41 - 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid.

## **E. 7**

a) En l'espèce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 27 octobre 2010 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision du 23 juin 2015, on constate que sur le plan somatique, la recourante présente des affections qui étaient déjà avérées lors de la décision du 27 octobre 2010, ainsi qu'elle l'allègue elle-même dans son

acte de recours. Le syndrome métabolique (avec diabète de type 2, hypertension artérielle traitée et obésité de stade 1), diagnostic posé par les Drs C. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise du 5 mai 2010 et considéré comme n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, est toujours présent (cf. rapport du 12 septembre 2012 des Drs P. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_) et les éléments médicaux postérieurs à la décision du 27 octobre 2010 ne démontrent aucune aggravation à cet égard. En particulier, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 9 septembre 2013 que la situation était inchangée du point de vue diabétologique, étant rappelé que les experts avaient indiqué en 2010 que le diabète était bien contrôlé et qu'il n'y avait pas de complication. Quant à la problématique rhumatologique, les Drs D. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont exposé que les douleurs au rachis n'avaient pas été abordées lors de leur unique consultation du 16 décembre 2013. Ils ont en outre expliqué dans leur rapport du 28 février 2014 que les résultats de l'IRM lombaire du 12 février 2014 étaient comparables à ceux de l'IRM du 20 février 2007 – laquelle démontrait une minime hernie discale L5-S1 qui,

- 43 - selon les experts de 2010, n'avait aucune répercussion clinique dès lors que la mobilité rachidienne était supranormale et qu'il n'y avait pas d'anomalie au niveau du status neurologique –, précisant qu'il n'y avait donc pas d'aggravation documentée radiologiquement. S'agissant des plaintes y relatives de l'intéressée, celles-ci correspondent peu ou prou à celles rapportées antérieurement et paraissent même moins importantes. En effet, le rapport du 19 mars 2014 des Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ décrit des sensations de décharges électriques dans les cuisses et les jambes avec sensations de lâchages, ainsi que des douleurs à la palpation des épines vertébrales et de la région paravertébrale à partir de la région sacrale jusqu'en région cervicale, et le rapport d'expertise du 5 mai 2010 relatait des douleurs ubiquitaires touchant le rachis dans son intégralité ainsi que les membres supérieurs et inférieurs, présentes 24h/24, lesquelles étaient majorées par les mouvements avec parfois des sensations de lâchages des membres inférieurs entraînant des chutes. En outre, hormis les Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, aucun des médecins ayant examiné la recourante dans le cadre de l'instruction de sa nouvelle demande n'a rapporté de plaintes ou de douleurs rachidiennes. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que les lombalgies dont se plaint l'intéressée n'ont connu aucune aggravation depuis la décision du 27 octobre 2010 et qu'elles n'affectent donc pas sa capacité de travail. La seule modification documentée de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique est le diagnostic de cirrhose Child A5 sur probable stéato-hépatite non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique posé par les Drs Z. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 5 septembre 2013. Ces praticiens n'ont toutefois pas précisé si cette affection impactait la capacité de travail. Ils ont néanmoins relevé que l'intéressée ne signalait aucune symptomatologie digestive ou extra-digestive liée à son problème hépatique et que l'IRM hépatique du 22 août 2013 ne démontrait aucune lésion focale suspecte. Hormis des contrôles réguliers deux fois par an et la mise en place de mesures hygiéno-diététiques pour une perte de poids, aucun traitement spécifique n'a été préconisé. Ainsi, conformément à l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR du 9 avril

- 44 - 2014, le diagnostic précité ne peut être considéré comme incapacitant et n'influence donc pas le taux d'invalidité de la recourante. S'agissant du syndrome d'apnées du sommeil et du syndrome du tunnel carpien des deux côtés, ces affections apparaissent postérieures à la décision entreprise dès lors qu'elles ont été diagnostiquées lors de consultations des 14 septembre et 9 octobre 2015, étant précisé qu'il ne ressort pas des pièces au dossier que la

recourante se soit plainte de ces problèmes antérieurement. Ces faits doivent dès lors normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative et ne peuvent donc pas être pris en compte pour résoudre la question litigieuse (cf. supra consid. 2b). Cela étant, il ressort du rapport du 14 mars 2016 des Drs H. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, d'une part, que concernant la prise en charge des apnées du sommeil, l'intéressée allait débiter un traitement par ventilation en pression positive continue et, d'autre part, que concernant le syndrome du tunnel carpien bilatéral, elle avait bénéficié le 27 novembre 2015 d'une neurolyse du nerf médian à ciel ouvert à gauche, montrant par la suite une bonne évolution, une seconde intervention étant prévue pour le côté droit. De plus, comme le relève le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR dans ses avis des

## E. 8

décembre 2015 et 19 avril 2016, ces affections sont susceptibles d'évoluer favorablement si elles sont traitées adéquatement, comme cela paraît être le cas. Partant, ces atteintes n'apparaissent de toute manière pas invalidantes. b) Sur le plan psychiatrique, alors que l'expertise du 5 mai 2010 ne retenait aucune atteinte à cet égard hormis des difficultés liées à l'acculturation qui n'étaient pas incapacitantes, les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 6 mars 2015, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de difficultés liées à l'environnement social et à l'acculturation. Ils ont expliqué que ces troubles n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail et n'ont relevé aucune limitation en relation avec ceux-ci, mentionnant uniquement des limitations sociales en lien avec les problèmes d'acculturation. Consultés par la recourante depuis fin 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_ et la psychologue X. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique

- 45 - ayant engendré un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), une modification durable de la personnalité et une anxiété généralisée. Ils ont précisé dans leur rapport du 31 janvier 2016 qu'en raison de la symptomatologie présentée, l'intéressée était en « totale incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle », sans toutefois expliquer précisément les limitations y relatives. Ils ont insisté sur le passé traumatique de leur patiente (guerre dans son pays d'origine, violences physiques et psychologiques de l'ex-mari envers elle et leur fille, migration en Suisse), son sentiment de culpabilité par rapport aux violences de son ex-mari et au fait de nécessiter l'aide de ses enfants, ainsi que sur son repli sur elle-même. On constate cependant que les éléments traumatiques du passé de la recourante ont été pris en compte par les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_ dans leur évaluation. D'ailleurs, confrontée à ces éléments par les experts, l'intéressée n'a pas montré de signes d'anxiété ni exprimé d'idées de culpabilité ou de désespoir au regard de son besoin d'aide de la part de ses enfants. L'essentiel de son anxiété était lié à sa situation financière qui l'empêcherait de vivre comme elle le souhaite. Force est donc de constater que le Dr J. \_\_\_\_\_ et la psychologue X. \_\_\_\_\_ ne mettent en évidence aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_. Les prénommés n'ont par ailleurs pas fait état d'une modification significative de l'état de santé psychique de l'intéressée depuis la décision du 27 octobre 2010 ou l'arrêt de son précédent suivi psychothérapeutique fin 2011 et leur avis paraît ainsi constituer une appréciation différente d'une même situation. En particulier, ils ont décrit l'épisode dépressif comme sévère avec symptômes psychotiques, alors que les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_ ont retenu un épisode moyen et indiqué qu'il n'y avait pas de symptômes de la lignée psychotique, les Drs D. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ayant également indiqué dans leur

rapport du 29 mai 2015 que la recourante était connue pour une dépression de sévérité moyenne. En outre, de par la position privilégiée que leur confère leur mandat, leurs constatations doivent être appréciées avec réserve. Ils ont en effet décrit leur patiente comme quelqu'un de peu plaintif qui cherche à « garder la face », ce qui n'a été relevé ni par les experts de 2010 ni par ceux de 2015, qui ont tous relaté des plaintes rapportées par la recourante qui ne pouvaient pas être

- 46 - expliquées objectivement et qui ont tenu compte du fait qu'elle avait de la peine à verbaliser ses problèmes. De plus, ils ont expliqué que la religion de l'intéressée lui interdisait de mettre fin à ses jours ou même de l'évoquer, ce qui est en contradiction avec les pensées suicidaires évoquées par les experts de 2010 ou les idées de mort passives relatées par les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_ ainsi que par le Dr J. \_\_\_\_\_ et la psychologue X. \_\_\_\_\_ eux-mêmes. Dans ces conditions, l'appréciation des prénommés ne permet pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_, auxquelles on peut accorder une pleine force probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante ne souffre d'aucun trouble psychique invalidant, comme cela était déjà le cas lors de l'expertise de 2010. Ainsi, sur le plan psychiatrique, la situation de la recourante ne s'est pas aggravée depuis la décision du 27 octobre 2010. c) S'agissant enfin de la problématique de la fibromyalgie, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts des Hôpitaux U. \_\_\_\_\_ n'ont pas diagnostiqué cette affection, quand bien même ils ont relevé que ce diagnostic avait été évoqué par les experts de 2010. Aucun des autres médecins ayant examiné l'intéressée postérieurement à la décision du 27 octobre 2010 n'a d'ailleurs confirmé un tel diagnostic, à l'exception des Drs P. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du

## **E. 12**

septembre 2012. Toutefois, ces praticiens, qui l'ont examinée dans le cadre de consultations de diabétologie, n'explicitent pas pourquoi ils mentionnent ce diagnostic, leur rapport se concentrant sur l'aspect diabétologique, ni n'indiquent depuis quand il serait présent ou les limitations qu'il engendre. Partant, il convient de considérer que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été confirmé postérieurement à la décision du 27 octobre 2010. Or, le fait que cette atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art constitue un préalable indispensable à la preuve d'un tel trouble (cf. supra consid. 5). Il ne saurait donc être reproché à l'intimé de ne pas avoir investigué cette problématique à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

- 47 - d) En conclusion, force est de constater que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en causes ont été suffisamment élucidés par l'intimé. Compte tenu de ce qui a été exposé, il y a lieu de retenir que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré de manière à influencer ses droits depuis la décision du 27 octobre 2010. Ainsi, comme le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR l'a rappelé dans son rapport du 17 mars 2015, l'intéressée ne présente aucune atteinte invalidante et dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son diabète, soit celles avec des horaires réguliers et n'impliquant pas de travail de nuit. 8. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à

modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014). 9. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 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). 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

- 48 - (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). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressée, Me Carré a produit une liste de ses opérations le 24 novembre 2016, faisant état d'un temps consacré au dossier de 9,53 heures. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Il convient également d'y ajouter une indemnité forfaitaire de 100 fr. à titre de débours (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité d'office de Me Carré s'élève dès lors à 1'960 fr. 60 ([9,53 heures x 180 fr.] + 100 fr. + TVA 8%, arrondi). Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue

- 49 - attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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