

VD_GERICHTE ZD16.040467 vom 27. März 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.040467

FR: VD_GERICHTE ZD16.040467 du 27 mars 2018

IT: VD_GERICHTE ZD16.040467 del 27 marzo 2018

Erwägungen

E. 3

RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGa – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis

- 15 - médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.). Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004). d) On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation

- 16 - des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 4

En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 25 novembre 2015. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 24 mai 2011 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 25 juillet 2016 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 24 mai 2011. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. A cet égard, on relèvera qu'il n'y a ainsi pas de place dans une telle procédure pour de nouvelles mesures d'instruction au stade du recours, et que la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante ne peut dès lors qu'être rejetée (cf. consid. 3c supra). a) La décision du 24 mai 2011 refusant à la recourante le droit à des prestations retenait que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et qu'elle était de ce fait à même d'exercer son activité habituelle d'esthéticienne à plein temps. Ne subissant aucun préjudice économique, elle n'avait pas droit à des prestations. A cette époque, l'Office s'était en particulier fondé sur l'expertise du D. _____ du 17 septembre 2010. A l'issue de leur examen, les experts avaient retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie

- 17 - portant atteinte à la capacité de travail. Elle souffrait certes d'un trouble somatoforme (F45) depuis 2004 ainsi que d'un épisode dépressif moyen depuis 2008, l'épisode prévalant au moment de l'expertise étant léger, sans syndrome somatique (F32.00), mais ces troubles restaient sans incidence sur la capacité de travail. Au plan somatique, l'assurée se plaignait de dorsalgies et de cervicalgies, qui se compliquaient de céphalées particulièrement intenses, parfois accompagnées de vertiges et de pertes de connaissance. L'examen au D. _____ n'avait montré aucun déficit neurologique et les résultats au plan ostéoarticulaire étaient sans particularité. Par contre, l'examen de la colonne cervicale s'était avéré douloureux, avec des amplitudes à peine ébauchées. Les céphalées correspondaient à des céphalées de tension, qui ne pouvaient pas être considérées comme invalidantes. A l'issue de l'examen somatique, les experts ont conclu que l'on pouvait entendre des plaintes douloureuses mais qu'aucune corrélation objective ne pouvait être mise en évidence : hormis les réactions d'esquive à la douleur et les signes de non-organicité de Waddell, l'examen se situait dans les limites de la norme. L'étude du dossier radiologique n'avait pas permis de retrouver une lésion anatomique susceptible de justifier ces plaintes déjà anciennes. De l'avis des experts, la recourante avait certes présenté des incapacités de travail temporaires des suites de ses accidents, mais celles-ci n'avaient pas été durables. Depuis lors, elle ne présentait aucune limitation en relation avec les troubles constatés, que ce soit au niveau physique, psychique et mental, ou social. L'activité habituelle était encore exigible, à 100%. Au plan neurologique, l'examen avait mis en évidence des troubles sévères attentionnels (temps de réaction, attention sélective,

divisée et soutenue), et un ralentissement dans certains tests chronométrés. Les experts avaient également constaté des troubles de la mémoire épisodique modérés à sévères, avec également un déficit modéré en mémoire verbale immédiate. Les fonctions exécutives et instrumentales, de même que les résultats d'un test de raisonnement, étaient également déficitaires. Les experts ont conclu de ces différents éléments que les déficits neuropsychologiques de l'assurée n'étaient pas l'expression d'un trouble d'origine organique, qu'ils étaient susceptibles de fluctuer grandement selon les moments et qu'ils ne permettaient pas de retenir

- 18 - une incapacité de travail. Au plan psychique enfin, une incapacité de travail totale pouvait être reconnue, mais seulement à titre temporaire, en 2008. Par la suite, une évolution avait probablement eu lieu vers une incapacité partielle. Si une telle appréciation rétroactive leur était difficile, il était cependant certain selon les experts que la capacité de travail était entière depuis la date de l'expertise, le traitement médicamenteux ayant permis une évolution favorable. Les experts n'avaient au demeurant pas d'argument en faveur d'une anxiété de type généralisée ; l'assurée n'avait pas rapporté d'attaques de panique, ce qui était probablement signe de bonne évolution. Le trouble somatoforme ne remplissait pas non plus les critères d'un trouble invalidant. En définitive, les experts ont donc conclu à une capacité de travail entière, sans limitation. b) aa) A l'appui de sa nouvelle demande du novembre 2015, la recourante a tout d'abord produit nombre de pièces qui figuraient d'ores et déjà au dossier. Il s'agit en particulier du rapport du 11 octobre 2004 de la Clinique romande de réadaptation, d'un rapport d'examen neuropsychologique du 2 octobre 2006 de la Prof. F. _____, d'un rapport du 10 octobre 2006 de la Prof. F. _____ au Dr N. _____, d'un certificat médical du Dr H. _____ du 11 mai 2009 et d'un certificat médical du Dr N. _____ du 25 février 2009. Or ces pièces ont été prises en compte dans le cadre de l'instruction des précédentes demandes de prestations, de sorte qu'elles ne sont pas de nature à rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis le 24 mai 2011, date de la dernière décision. bb) La recourante se prévaut pour le surplus de cinq rapports médicaux, ultérieurs à la décision du 24 mai 2011, qu'il convient d'examiner ci-après. Il est utile de relever à ce stade qu'il ne suffit pas qu'une atteinte jusqu'alors non diagnostiquée le soit au moment d'une nouvelle demande pour justifier que l'OAI entre en matière sur cette dernière et procède à son instruction. Pour qu'une entrée en matière soit possible, il faut encore que l'atteinte nouvellement mise en évidence permette de tenir pour établi, de façon plausible, que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

- 19 - L'examen par IRM cervico-dorso-lombaire réalisé par la Dresse C. _____ le 30 janvier 2015 a mis en exergue un bombement discal global diffus C5-C6 avec déchirure annulaire postérieure de type HIZ (Hight-intensity signal) et un bombement discal global diffus en C6-C7 sans conflit disco-radiculaire ni canal cervical étroit, un ancien tassement des plateaux supérieurs de T4 et T6, sans composante aigüe sur l'examen du jour ni recul du mur postérieur et sans hernie discale à l'étage dorsal, une anomalie transitionnelle à l'étage lombaire, avec une lombalisation de S1, mais sans hernie discale ni canal lombaire étroit et une arthrose apophysaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 en phase inflammatoire avec atteinte des inter-épineuses. L'assurée ne présentait pas de myélopathie du cordon médullaire cervical. La charnière occipito-cervicale avait un aspect préservé. Le cône médullaire se projetait en regard de L1 sans altération de ce dernier. C'est à juste titre que le Dr P. _____ a estimé que les résultats de cet examen étaient rassurants et qu'ils ne

comportaient rien d'anormal eu égard l'âge de l'assurée. L'assurée connaissait au demeurant déjà de longue date des atteintes au rachis, générant des douleurs (cf. rapport de la Q. _____ du 11 octobre 2004, rapport du Dr K. _____ du 13 février 2006, rapport du Dr Z. _____ du 17 mars 2006, rapport d'expertise du D. _____ du 17 septembre 2010). Ce rapport d'IRM du 30 janvier 2015 ne suffit pas à rendre plausible une aggravation substantielle de l'état de santé susceptible d'avoir un impact déterminant sur sa capacité de travail et de gain. Les mêmes conclusions s'imposent s'agissant du rapport d'IRM de l'épaule gauche du 3 mai 2016. La Dresse C. _____ a certes constaté une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs touchant le supra-épineux, l'infra-épineux et le sous-scapulaire, une bursite sous-acromio-deltoïdienne, une rupture d'allure partielle touchant les fibres bursales de l'insertion du supra-épineux et de la jonction entre le tendon supra-épineux et infra-épineux sans atrophie et involution graisseuse de grade I selon classification de Goutallier Barnageau, atteintes qui jusqu'ici n'avaient pas été mises en exergue. De nature dégénérative, ces atteintes, affectant au surplus l'épaule gauche alors que l'assurée est

- 20 - droitière, ne dénotent pas d'une gravité suffisante pour induire une diminution significative de la capacité de travail de l'assurée. Elles ne permettent pas de tenir pour établi, de façon plausible, que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Tel est également le cas de la discrète atrophie hippocampique gauche, mise en évidence par l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015. Certes, comme le soulève la recourante, cette atteinte est nouvellement mise en avant. Le CT-scan cervical du 15 novembre 1998, ainsi que les IRM cérébrales des 20 novembre 2000, 10 juin 2004 et 26 janvier 2009 n'avaient en effet pas fait de constatations dans ce sens, retenant au contraire des résultats dans les limites de la norme. Cette atrophie de l'hippocampe, au demeurant qualifiée de discrète par le Dr B.C. _____, ne suffit cependant pas à rendre plausible une aggravation significative. L'IRM cérébrale a en outre permis d'exclure une lésion focale suspecte. Le Dr B.C. _____ n'a pas constaté d'effet de masse ou de déviation des structures de la ligne médiane, ni de séquelle hémorragique ou d'hémorragie aiguë intra ou extra-axiale. Il n'y avait pas non plus d'anomalie sur les séquences de diffusion. Les ventricules étaient symétriques et fins, les citernes de la base libres. La recourante ne présentait pas d'anomalie de la substance blanche en pondération T2, pas plus que de prise de contraste focale pathologique. Il n'y avait pas non plus de séquelle de trauma. L'IRM cérébrale du 22 juillet 2015 n'a ainsi apporté aucun élément substantiellement nouveau par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus du 24 mai 2011, de nature à rendre plausible une modification de l'invalidité depuis le précédent refus de prestations. L'examen neuropsychologique du 19 août 2015 n'a pas non plus apportés d'éléments susceptibles de rendre plausible une telle modification. A l'issue de leur examen, la Prof. F. _____ et la psychologue F.G. _____ ont conclu à des troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels sévères. Elles ont précisé avoir constaté des troubles mnésiques à court terme/épisodes antérogrades verbaux, une dysfonction exécutive sur le plan cognitif des difficultés attentionnelles, un

- 21 - ralentissement psychomoteur sévère ainsi que des difficultés de calcul. Ces constatations les avaient amenées à ordonner l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015, qui avait mis en évidence une discrète atrophie hippocampique gauche. La Prof. F. _____ et la psychologue F.G. _____ ont qualifié l'évolution depuis 2006 de « légère péjoration ». L'examen neuropsychologique du 2 octobre 2006 avait en effet déjà conclu à une

perturbation globale et diffuse des aptitudes cognitives (déficits mnésiques, exécutifs et attentionnels, associés à un ralentissement idéatoire et des troubles du raisonnement) dans le cadre d'une évolution post-double traumatisme crânio-cérébral léger défavorable sur le plan psychique. L'assurée présentait déjà des fonctions langagières et mnésiques sérieusement déficitaires. Au plan des fonctions exécutives, les fluences verbales en modalité littérale et catégorielle étaient également sérieusement déficitaires ; la dénomination en conflit avec la lecture (Stroop) était sévèrement ralentie ; la programmation motrice était échouée. Au niveau du raisonnement et des capacités attentionnelles, l'épreuve de raisonnement par association visuelle était modérément déficitaire, alors que l'attention divisée, évaluée sur un logiciel informatisé, était sévèrement déficitaire, la patiente répondant au hasard. Toujours en 2006, l'assurée avait au demeurant aussi échoué au test de calcul. Dans leur rapport du 17 septembre 2010, les experts du D. _____ avaient également déjà constaté des troubles sévères attentionnels (temps de réaction, attention sélective, divisée et soutenue), ainsi qu'un ralentissement lors de certains tests. Ainsi, le rapport d'examen neuropsychologique du 22 juillet 2015 n'apporte rien de fondamentalement nouveau. Le fait que, selon la Prof. F. _____, les troubles constatés interfèrent avec la conduite automobile ainsi que la capacité de travail, dans la mesure où ils rendent l'acquisition de nouvelles informations difficiles, n'est pas déterminant, car l'exercice de son activité d'esthéticienne ne nécessiterait ni conduite ni acquisition de nouvelles informations. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr P. _____ retient que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation ou un fait nouveau au plan neuropsychologique source d'empêchements durables d'une importance suffisante pour influencer l'exigibilité retenue lors de la dernière décision dans l'activité habituelle.

- 22 - Enfin, le questionnaire de dépression selon l'échelle de Beck effectué par le Dr N. _____, selon lequel l'assurée présentait un score de 17 correspondant au résultat « 16 et plus : forte probabilité de souffrir de dépression », ne suffit nullement à rendre plausible une aggravation au plan psychiatrique. D'une part, l'assurée présentait déjà au moment de la décision du 24 mai 2011, et même bien avant, une atteinte au niveau psychique, puisque l'expertise du D. _____ avait conclu à un épisode dépressif moyen depuis 2008, à l'époque de l'expertise dans une phase de gravité légère, sans syndrome somatique. En outre, un simple test psychologique, dénué de toute évaluation motivée émanant d'un psychiatre et d'une appréciation de la capacité de travail, n'est pas suffisant pour rendre plausible une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée. c) En définitive, l'appréciation de SMR au sujet des documents médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande est convaincante, en ce sens qu'aucun d'entre eux ne fournit d'indice en faveur d'une aggravation notable et durable de son état de santé. d) Les arguments soulevés par l'assurée à l'appui de son recours ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En particulier, il ne fait pas de doute qu'en faisant référence à l'état de l'assurée tel qu'il prévalait en 2006, le Dr P. _____ faisait bien référence à celui qui prévalait après qu'elle a recouvré sa capacité de travail. On relèvera à cet égard que lorsqu'il évoque la situation qui prévalait en 2006, le Dr P. _____ fait référence aux constatations posées au plan neuropsychologique par la Prof. F. _____. Or, celle-ci s'est prononcée dans un rapport du 6 octobre 2006, alors qu'une pleine capacité de travail avait d'ores et déjà été reconnue depuis le 1er mai 2006 déjà. Il appert pour le surplus que l'intimé a examiné l'état de l'assurée dans sa globalité, sans limiter ses investigations aux seules séquelles des accidents subis en 1998 et 2004. Il a ainsi et en particulier ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du D. _____, qui s'est

- 23 - prononcé sur la situation sans s'interroger sur un éventuel rapport de causalité naturelle, respectivement adéquate, entre les troubles annoncés et les événements accidentels précités. On ne peut suivre non plus la recourante lorsqu'elle affirme que l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015 serait un examen jamais conduit jusqu'alors, qui constituerait un nouveau moyen de preuve permettant une révision au sens de l'art. 53 LPGA. En effet, d'une part, il ressort des éléments au dossier que l'assurée avait déjà subi plusieurs IRM cérébrales antérieurement, les 20 novembre 2000, 10 juin 2004 et 26 janvier 2009. D'autre part, les règles applicables ici sont celles de la révision de prestations d'assurances, au sens de l'art. 17 LPGA, et non celles de la révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En tout état de cause, même si aucune IRM cérébrale n'avait été mise en œuvre avant celle du 22 juillet 2015, cela ne permettrait pas en tant que tel de rendre plausible une modification substantielle de l'état de santé de la recourante déterminant pour l'octroi d'une rente. Il s'agit au demeurant uniquement d'un examen d'imagerie, qui ne donne en particulier aucun élément relatif à la capacité de travail. e) En définitive, au vu de ce qui précède, il y a lieu de déduire que la recourante n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation depuis le dernier refus de prestations, qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était ainsi légitimé à ne pas instruire sur le fond la nouvelle demande présentée par la recourante le 25 novembre 2015 et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

E. 5

a) En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont
- 24 - 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). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. c) La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

- 25 -