

## **VD\_GERICHTE ZD16.052850 vom 26. März 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.052850](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.052850)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.052850 du 26 mars 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD16.052850 del 26 marzo 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 21 mai 2014. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 28 janvier 2010 et la décision litigieuse. c) En arguant une violation du droit d'être entendu, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas instruit à satisfaction son dossier avant de rendre la décision litigieuse, en renonçant à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Cet argument tombe à faux. Comme il sera examiné ci-après, le dossier en mains de la Cour de céans est complet et suffit pour trancher le litige en toute connaissance de cause

- 12 - (cf. consid. 8 infra). Il ne saurait ainsi être reproché à l'intimé d'avoir statué sur un dossier incomplet.

#### **E. 3**

a) 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 (cf. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un

diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues (cf. ATF 141 V 281), à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques. Le Tribunal fédéral a toutefois estimé que, pour des questions de proportionnalité, il pourra être renoncé

- 13 - à cette méthode d'administration des preuves lorsque, vu le besoin concret de preuve, une telle administration ne s'avère pas nécessaire ou pas adéquate. Une telle évaluation est ainsi superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecin n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. La Haute Cour a encore précisé que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, on ne peut en rester là sur le plan juridique. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus en centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Ainsi, indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 409 et 143 V 418). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). b) Lorsqu'une rente a été précédemment refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2,

- 14 - 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C\_67/2009 consid. 1.2). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, 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. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA qui traite de la révision de la rente, si entre la dernière décision entrée en force 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

#### **E. 4**

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

- 15 - de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 dûment 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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne

- 16 - contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations

utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

## **E. 5**

En l'occurrence, après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, l'OAI a estimé que la modification de l'état de santé invoquée par l'intéressée n'était pas susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se fondant sur l'avis des Drs R.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2014, confirmé par la Dresse M.N.\_\_\_\_\_ le 2 août 2016, l'intimé a retenu qu'il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à ceux prévalant au moment de la précédente décision de refus, en janvier 2010, hormis une exostose de Haglund. Cette dernière atteinte induisait des limitations fonctionnelles (à savoir la nécessité d'éviter le travail essentiellement debout et les déplacements autres que sur de courtes distances), mais n'empêchait pas l'assurée de travailler en plein dans une activité adaptée.

- 17 - La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que son état s'est détérioré aux plans physique et psychique, et qu'il ne lui est plus possible d'exercer une quelconque activité lucrative.

## **E. 6**

a) Au plan psychique, l'intimé a fondé sa décision du 28 janvier 2010 sur l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis novembre 2003. Dans son rapport du 26 juin 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2, F60.3). Il précisait que sa patiente avait connu quatre épisodes dépressifs majeurs, d'intensité moyenne, en 2003, 2004, 2005 et 2008, chacun d'une durée de quelques mois. L'assurée consultait à raison d'une fois chaque trois semaines environ (individuellement ou en couple), et plus fréquemment lors des périodes de décompensation. Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'assurée était fondamentalement provoquée par ses pathologies somatiques. L'atteinte psychique n'avait quant à elle engendré que des périodes d'incapacité de durée limitée (deux à trois mois maximum) et ne pouvait pas être considérée comme invalidante de manière durable. Il n'existait ainsi pas de restrictions du point de vue psychiatrique, en situation de stabilisation chronique. Seule prévalait une diminution du rendement de 20% dans les occupations habituelles, l'assurée présentant au demeurant une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance limitée dans les situations dans lesquelles la symptomatologie d'angoisse et dépressive devenait plus importante. b) Interpelé par l'OAI dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande du 21 mai 2014, le Dr B.C.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), d'épisodes récurrents de dépression (F32.2), survenus en 2002, 2004, 2005, 2008 et en dernier lieu en 2014, et de retard mental léger (F70). Il a attesté une diminution de la capacité de travail,

sous forme d'une baisse de rendement, de 20% (cf. rapport du 19 juillet 2016). Le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a également précisé que la nouvelle demande était motivée par les difficultés somatiques et, tout comme le Dr J. \_\_\_\_\_ à l'époque, il a estimé que la capacité de travail de sa patiente était au premier titre affectée par ses pathologies somatiques, hormis lors

- 18 - de l'épisode dépressif de quelques mois entre 2013 et 2014, où l'intéressée avait présenté une totale incapacité de travail au niveau psychiatrique. Cet épisode, limité dans le temps, ne suffit toutefois pas à ouvrir un droit aux prestations, puisque prévaut un délai d'attente d'un an pour qu'une atteinte à la santé puisse donner droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). L'incapacité de travail de 20% attestée par le Dr B.C. \_\_\_\_\_ au titre de la dysthymie ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente. La dysthymie est retenue en présence d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou la durée des différents épisodes trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent (cf. CIM-10 F34.1). Au vu de ceci, il apparaît de manière générale peu vraisemblable que dite atteinte soit invalidante. Cependant, comme l'a retenu le Tribunal fédéral, indépendamment de leur diagnostic, des troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources dont dispose l'assuré. Or, dans le cas d'espèce, le Dr B.C. \_\_\_\_\_ explique que la dépression latente sous forme de dysthymie depuis au moins quinze ans associée à des épisodes dépressifs récurrents et un retard mental léger complique significativement la capacité de sa patiente à s'inscrire dans une activité professionnelle sur la durée et a une incidence sur sa capacité à agir et à se motiver. Il précise encore que la symptomatologie dépressive chronique diminue la motivation, la capacité d'initiative et de maintien de la volonté sur le long terme. Cela étant, il convient de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles psychiques de l'assurée limitent ses ressources et justifient une diminution de sa capacité de travail à raison de 20%. On observera d'ailleurs que, déjà en 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait fait état d'une baisse de rendement de 20%. La situation de l'assurée au plan psychique n'a pas connu d'aggravation ultérieure puisque le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a attesté le 17 mars 2017 que l'état de santé de sa patiente était superposable à celui mentionné dans son rapport du 19 juillet 2016.

- 19 - L'avis du Dr O. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique ne permet pas d'aboutir à une solution différente. Outre le fait qu'il ne motive pas les éléments lui permettant de retenir que sa patiente présenterait un trouble anxio-dépressif chronique limitant sa capacité de travail au-delà des 20% retenus par le Dr B.C. \_\_\_\_\_. Son appréciation ne saurait supplanter celle du Dr B.C. \_\_\_\_\_, dès lors qu'il ne bénéficie pas d'une spécialisation en psychiatrie. Au vu de ces éléments, on ne peut suivre la recourante lorsqu'elle affirme que son état psychique s'est dégradé au point qu'elle ne peut plus travailler et qu'elle souffre de « dépression profonde ». Il sied au contraire de retenir que ses atteintes psychiques ne causent une diminution de sa capacité de travail limitée à 20%.

## **E. 7**

a) Au plan somatique, il est établi et non contesté que la recourante ne possède plus de capacité de travail dans son activité habituelle de cuisinière. Est par contre litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à son état de santé. aa) Au cours de l'instruction de la précédente demande, le Dr O. \_\_\_\_\_ a établi un rapport du 17 juin 2009, aux termes duquel il a retenu une obésité morbide et une incapacité de

travail de 100% en qualité de manutentionnaire depuis le 10 janvier 2001. A la rubrique des diagnostics, il a également renvoyé au rapport du 17 juin 2002 du Dr T. \_\_\_\_\_, lequel avait fait état de lombalgies et cervicalgies sur troubles statiques et discopathies, de périarthrite scapulo-humérale bilatérale chronique, d'obésité morbide, d'état anxio-dépressif, d'inadaptation et de troubles digestifs fonctionnels. Il a en outre joint à son rapport un rapport de la rhumatologue H. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2001, retenant des dorsalgies sur troubles statiques et dégénératifs et une dysbalance musculaire. bb) Au cours de l'instruction de la demande litigieuse, l'OAI a rassemblé les rapports des différents médecins consultés par l'assurée.

- 20 - Dans son rapport du 12 juin 2014, le Dr O. \_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de sa patiente, notamment physique, en présence de nombreuses comorbidités, justifiant selon lui pleinement une incapacité de travail entière de longue durée, voire définitive. Le 24 septembre 2014, le médecin traitant a posé les diagnostics incapacitants d'obésité de classe III, de syndrome lombo-vertébral et de gonalgie chronique sur arthrose. Le médecin traitant a également relevé que l'assurée présentait une hypothyroïdie et un diabète, restant toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinière, en raison de la fatigabilité de sa patiente, ainsi que de ses difficultés de locomotion et de compréhension. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente restait capable de travailler assise ou en positions alternées. Il n'a fait état d'aucune diminution de la capacité de travail (taux d'activité ou rendement) dans le cadre d'une telle activité adaptée. Dans son rapport du 31 mars 2015, à la question lui demandant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le Dr O. \_\_\_\_\_ a répondu : « ? Aucune à évaluer ». Entretemps, interpellé par P. \_\_\_\_\_, le médecin a indiqué que selon l'évolution et le type d'activité, l'assurée pourrait travailler à 50% maximum, en raison des difficultés locomotrices et de sa fatigabilité (cf. rapport du 19 mai 2014 à P. \_\_\_\_\_). Dans un rapport du 14 novembre 2014, le Dr O. \_\_\_\_\_ a encore fait savoir à P. \_\_\_\_\_ que l'état de sa patiente était stationnaire, qu'elle rencontrait des difficultés à se mouvoir et un essoufflement avec des douleurs chroniques et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de « 50% à évoluer », précisant qu'« un poste de travail assis sans effort physique (était) à évaluer pour du 50% évolutif ». On peut d'ores et déjà remarquer à ce stade que la position du Dr O. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail est restée peu précise et a fluctué en fonction des interpellations des assureurs, sans qu'il ne ressorte du dossier de nouveaux éléments dans le sens d'une aggravation, et sans que le médecin ne motive sa position. Ceci est de nature à affaiblir la valeur probante de son appréciation de la capacité de travail. En tous les cas, et contrairement à ce que soutient la recourante, qui estime ne plus être capable d'exercer quelque activité que

- 21 - ce soit, le Dr O. \_\_\_\_\_ retient à tout le moins une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, susceptible d'évoluer. Les limitations fonctionnelles qu'il retient sont au demeurant superposables à celles arrêtées par le SMR, une activité assise lui paraissant également exigible. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a quant à lui mis en évidence une exostose de Haglund, bilatérale, prédominante à gauche. Le 2 avril 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était surtout gênée lors du port de ses souliers de travail, debout, comme cuisinière. Dans son rapport du 2 juin 2014, il a indiqué que les différents traitements conservateurs avaient permis une légère amélioration mais sans vrai soulagement. Il a

attesté une incapacité de travail de 100% « concernant les problèmes des membres inférieurs ». Le 16 juillet 2014, il s'est prononcé dans le sens d'une incapacité de travail de 100% dans l'activité de « sommelière », du 2 avril au 1er juin 2014, ajoutant que le rendement de l'assurée était réduit, en raison de sa surcharge pondérale ainsi que des douleurs aux membres inférieurs. Au titre des restrictions, il a indiqué « hypothyroïdie, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, excès pondéral (115 kg), tout en précisant que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison des douleurs aux membres inférieurs. Dans l'annexe à son rapport, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était capable de travailler uniquement assise, ainsi qu'en positions alternées, de se pencher et de travailler avec les bras au dessus de la tête et de soulever des charges, non précisées. Par contre, il ne pouvait plus être exigé d'elle d'exercer des activités uniquement en position debout, principalement en marchant, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de faire des rotations, de monter sur des échelles ou gravir des escaliers. Dans leur rapport du 16 janvier 2014, les Dresses W. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics d'obésité de classe III, en présence de 118 kg, de trouble non spécifié du comportement alimentaire, de diabète de type II sous traitement oral, l'hyperménorrhée anémiant avec projet d'hystérectomie, d'hypothyroïdie probablement d'origine auto-immune et d'hépatomégalie stéatosique. Elles ont indiqué que la composante principale de la prise pondérale était un trouble non spécifié

- 22 - du comportement alimentaire de type grignotage compulsif, ajoutant que l'assurée avait fait une nouvelle demande d'information pour la pose d'un by-pass gastrique. A ce propos, il ressort du rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2014 que l'assurée avait déjà renoncé par deux fois à la proposition d'un by-pass. La Dresse C. \_\_\_\_\_ indiquait que l'assurée, pesant 117kg, était gênée par un tablier d'Hottentot (douleurs et irritations cutanées) et présentait un énorme excès cutanéoadipeux au niveau des bras. Elle proposait une dermolipéctomie des bras et abdominoplastie, dont la prise en charge a cependant été refusée par l'assurance-maladie de l'intéressée. Procédant à une synthèse de ces rapports médicaux, les Drs R. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont estimé que seule l'exostose de Haglund constituait une nouvelle atteinte. En raison des douleurs liées à cette déformation des talons, les médecins du SMR ont admis que l'assurée devait éviter les activités nécessitant des déplacements autres que sur des courtes distances ainsi que le travail debout. Sous conditions de respecter ces nouvelles limitations fonctionnelles, l'assurée conservait une capacité de travail entière. cc) L'appréciation du SMR est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. En effet, le syndrome lombo-vertébral existait déjà au moment du rejet de la précédente demande, et même déjà depuis 2001. Il n'avait alors pas été considéré comme incapacitant et aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'il ait connu une aggravation notable et durable. S'agissant de la gonalgie sur arthrose signalée par le Dr O. \_\_\_\_\_, aucun des rapports médicaux au dossier ne permet d'admettre qu'elle existait en 2010. Cependant, cette question peut rester ouverte, dès lors que même en présence de gonalgies, l'assurée ne serait pas empêchée d'exercer une activité adaptée telle qu'envisagée par OAI. Les limitations fonctionnelles retenues par l'office, préconisant d'éviter le travail debout et les déplacements significatifs, tiennent en effet compte

- 23 - de manière adaptée des limitations liées à une éventuelle atteinte aux genoux. On observera également que le dossier ne contient aucune pièce médicale objectivant une gonarthrose. Quant à l'obésité morbide, elle était déjà manifeste lors de la précédente

décision. Dans les mois précédents la décision du 28 janvier 2010, le poids de la recourante a ainsi oscillé entre 110kg et 123 kg. En 2014, au cours de l'instruction de sa troisième demande, son poids s'est élevé de 115 kg à 124 kg. On le voit donc, il n'y a pas eu de modification significative au niveau de la surcharge pondérale. En tout état de cause, la situation de l'assurée ne répond pas aux conditions dans lesquelles le Tribunal fédéral a reconnu un effet invalidant à l'obésité. La Haute Cour a en effet estimé que l'obésité en soit n'est pas constitutive d'invalidité. Selon la jurisprudence, un effet invalidant ne peut être admis que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (RCC 1984 p. 359 consid. 3 ; TF 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1). Or, d'après les Dresses W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, l'excès pondéral est dû à un grignotage compulsif ; il n'est ainsi pas dû à un trouble de santé au sens où le Tribunal fédéral l'entend. L'obésité n'a pas non plus provoqué des atteintes à la santé invalidantes. Si elle a en effet vraisemblablement un effet défavorable sur l'hypertension artérielle, le diabète, voire l'hypertyroïdie, les douleurs lombaires, et les éventuelles gonalgies, force est de constater que ces atteintes ne sont pas incapacitantes dans une mesure susceptible de donner le droit à des prestations de l'assurance- invalidité. Elles n'empêchent pas l'assurée d'exercer à plein temps une activité adaptée, principalement assise et ne nécessitant pas ou peu de déplacements. Seule l'exostose de Haglund constitue une nouvelle pathologie, inconnue au moment du précédent refus de prestation. L'appréciation de la capacité de travail du Dr F.\_\_\_\_\_ dans le sens d'une totale incapacité de travail se rapporte à l'activité habituelle de l'assurée

- 24 - (« sommelière »). A cet égard, il a indiqué que l'assurée était gênée d'effectuer son travail de cuisinière debout, et de devoir porter ses chaussures professionnelles. Une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle n'est toutefois pas contestée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne s'est par contre pas prononcé directement sur la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Mais dès lors qu'il indique que sa patiente est capable de travailler uniquement assise et en position alternée, qu'elle peut également se pencher et travailler les bras au-dessus de la tête, il est clair qu'il considère que la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle dans des activités sédentaires. En définitive, il sied de retenir que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR tiennent compte de manière adaptée des restrictions liées à l'état de santé général de l'assurée au plan somatique, qu'il s'agisse des troubles du rachis, de l'obésité morbide, des éventuelles gonalgies ainsi que de l'exostose de Haglund. Aucun élément au dossier ne permet de douter sérieusement du fait que, dans une activité adaptée à ces limitations, la recourante dispose d'une capacité de travail de 100%. Singulièrement, les avis des Drs O.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, insuffisamment probants en raison de leur manque de précision et de motivation, ne suffisent pas à remettre en cause l'appréciation des Drs R.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et M.N.\_\_\_\_\_. dd) Les autres pièces produites par l'assurée en procédure de recours ne permettent pas d'apprécier la situation d'une manière différentes. En effet, dans son rapport du 27 septembre 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu la présence de paramètres neurographiques qui restaient dans des intervalles physiologiques pour le tronc médian au passage du poignet. Le neurologue a précisé qu'il y avait toutefois une légère asymétrie des latences distales sensitives et motrices en défaveur de la gauche. Il n'a par contre constaté aucun élément évocateur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. Ainsi, le Dr K.\_\_\_\_\_ était d'avis que s'il n'y avait pas d'amélioration sous

les mesures conservatrices habituelles, une sanction chirurgicale pourrait se discuter au niveau du poignet gauche. Dite intervention a eu lieu le 14 décembre 2016, date à

- 25 - laquelle le Dr D.E. \_\_\_\_\_ a pratiqué une cure d'un syndrome de tunnel carpien à gauche. Il ne ressort pas du protocole opératoire ni d'un autre rapport médical au dossier que les suites de cette intervention aient connu des complications. A l'instar de la Dresse M.N. \_\_\_\_\_, il sied ainsi de retenir que la compression du nerf médian au poignet gauche a été traitée, et que l'assurée n'a pas présenté de ce fait d'incapacité de travail de longue durée ni de limitations fonctionnelles durables. Aucune pièce médicale au dossier ne vient en particulier objectiver la paralysie et la perte de force des membres supérieurs alléguées dans la réplique de la recourante du 22 mars 2017. Quant à la Dresse Q.R. \_\_\_\_\_, elle n'a fourni aucun élément médical utile à la cause, puisqu'elle s'est limitée à attester qu'elle suivait l'assurée depuis novembre 2016. ee) En définitive, il n'est pas contesté que l'assurée souffre d'un état de santé péjoré. C'est toutefois de manière convaincante que les Drs R. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et M.N. \_\_\_\_\_ ont retenu que les différentes atteintes constatées n'empêchent pas l'exercice à 100% d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, principalement assise. L'instruction menée par l'intimé n'a pas permis d'objectiver une aggravation de l'état de santé entre janvier 2010 et le 8 novembre 2016 de nature à influencer l'invalidité dans une mesure déterminante quant aux droits aux prestations. La légère modification de l'état de santé constatée ne suffit pas à fonder une invalidité donnant droit à des prestations.

## **E. 8**

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. II

- 26 - n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante (à savoir en particulier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition de son fils et sa belle-fille en qualité de témoins et sa propre audition dans le cadre d'une audience). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En particulier, compte tenu de la légèreté des atteintes retenues au plan psychique, un examen complet au moyen des indicateurs préconisés par le Tribunal fédéral ne s'avère ni nécessaire ni adéquat, l'avis du Dr B.C. \_\_\_\_\_ suffisant pour procéder à une appréciation convaincante de l'impact des atteintes psychiques sur la capacité de travail et de gain (cf. consid. 3a supra).

## **E. 9**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré

(revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En l'occurrence, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité à 48'000 fr. et le revenu avec invalidité à 46'621 fr. 09 francs. Procédant à la comparaison de ces salaires, l'OAI est parvenu à un taux d'invalidité de 2,87%, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance- invalidité. Contrôlés d'office, les revenus de référence ne prêtent pas flanc à la critique, hormis quelques minimes imprécisions au niveau de leur indexation selon l'évolution des salaires nominaux, restant toutefois sans incidence sur le droit aux prestations. Conformément aux conclusions prises au plan médical (cf. consid. 6 supra), il convient toutefois de tenir compte d'une diminution de la capacité de travail de 20% au plan psychique et de réduire en conséquence le revenu avec invalidité, celui-ci s'élevant désormais à 37'296 fr. 85. Le taux d'invalidité découlant de la comparaison du revenu sans invalidité avec ce revenu d'invalidé corrigé,

- 27 - de 22%, reste toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, le taux d'invalidité minimum requis étant de 40%. Bien que la recourante ne prenne aucunes conclusions dans ce sens, on relèvera enfin que même si un taux d'invalidité de l'ordre de 20% peut permettre l'octroi par l'OAI de mesures de reclassement, l'assurée ne pourrait y prétendre. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). Or, au vu des activités professionnelles déployées par la recourante (ouvrière, cuisinière sans formation), un reclassement professionnel n'est pas nécessaire pour lui procurer une possibilité de gain approximativement équivalente à celle qui préexistait avant l'invalidité. A cet égard, le Tribunal fédéral considère qu'il existe un large éventail d'activités simples et répétitives, qui correspondent à un emploi léger, dans le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier (TF 9C\_788/2012 du 4 mars 2013 consid. 6 et la référence). En définitive, il apparaît qu'en rejetant par décision du 8 novembre 2016 la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 21 mai 2014, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

## **E. 10**

a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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

- 28 - 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. (cf. art. 69 al 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et doivent être mis à la charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause. c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant été déboutée de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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