

# **VD\_GERICHTE ZD17.025259 vom 30. Juli 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-07-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.025259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.025259)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.025259 du 30 juillet 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.025259 del 30 luglio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 18 - En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante, singulièrement sur la question de savoir si celle-ci a rendu plausible une modification significative de l'état de fait depuis la dernière décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA) de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). b) Selon la jurisprudence, cette exigence doit 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 ne rend pas plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198

- 19 - consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433). 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'entrer en matière. 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 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. 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 ; 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). c) Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière sur 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 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne

- 20 - s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

#### **E. 4**

En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 24 mai 2016. Il convient donc de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du mois de mai 2016, 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 8 mai 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 7 octobre 2015. a) Il ressort de la décision du 7 octobre 2015, que la recourante n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage. En revanche, elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail retenu au terme de l'examen rhumatologique au SMR effectué en mars 2015 était celui de cervicobrachialgies gauches non déficitaires, dans un contexte de discopathies étagées et hernie discale C5-6. Les diagnostics de composante de fond de type fibromyalgique, de status post capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'obésité de classe I et de surcharge du muscle pyramidal gauche n'avaient en revanche pas de répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête, de rotations rapides de la nuque et de mouvements prolongés de la nuque en extension, ainsi que l'absence de port de charges de plus de 5 kg. La recourante ayant un statut d'active à 50 %, une enquête à domicile avait été

réalisée en septembre 2011 à l'occasion de la première demande de prestations et avait permis de déterminer qu'elle souffrait d'une invalidité de 31 % dans l'exercice des tâches quotidiennes. Dès lors qu'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante n'a été retenue à l'occasion de la seconde demande, une nouvelle enquête n'a pas eu lieu.

- 21 - b) A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante s'est fondée sur divers rapports du Dr G.\_\_\_\_\_. Le rapport de ce médecin du 27 avril 2016 mentionne pour l'essentiel des diagnostics somatiques qu'il retenait déjà lors de la précédente demande et qui avaient été confirmés par le SMR, avec les limitations fonctionnelles qu'ils entraînaient. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément en faveur d'une aggravation de ces atteintes. Bien que dans ses rapports des 27 avril 2016 et 13 mars 2017, il indique une impotence complète de sa patiente, allant jusqu'aux tâches ménagères les plus élémentaires à domicile, ceci ne correspond pas aux constatations des médecins du CHUV du 16 février 2016. Selon l'anamnèse établie par ces derniers, la recourante est capable de s'occuper des tâches ménagères à domicile, mais dit devoir se faire aider fréquemment en raison de la fatigue, ce qui ne diffère pas de la situation qui existait lors du précédent refus de prestations. Les médecins du CHUV retiennent les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs gauche avec impingement, de déficit en vitamine D et de souffle systolique, sans qu'il ne soit fait de constatations permettant de rendre plausible une aggravation de ces troubles. Dans son rapport du 27 avril 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_ ajoute le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La recourante admet toutefois dans ses écritures que cette atteinte existait déjà à l'époque du précédent refus de prestations. En effet, le Dr H.\_\_\_\_\_ avait mentionné, dans son rapport du 12 mai 2015, le diagnostic de composante de fond de type fibromyalgique, toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux plutôt que de fibromyalgie relève d'une appréciation médicale différente d'un même état de fait et ne justifie pas, en soi, l'entrée en matière sur une nouvelle demande. Dès lors que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne fait que mentionner ce diagnostic sans autre précision, une aggravation n'a pas non plus été rendue plausible. La recourante critique l'ancienneté de l'examen du Dr H.\_\_\_\_\_. Cet élément est sans pertinence puisqu'il ne s'agit pas ici

- 22 - d'évaluer la force probante du rapport de ce médecin, qui a déjà été reconnue, mais d'examiner si la situation de la recourante a changé depuis. Les médecins du CHUV ont également retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, à titre de diagnostic principal. Ils ont toutefois considéré cette atteinte comme bénigne et n'induisant pas de limitations physiques. Durant son séjour au CHUV, la recourante a bénéficié d'une consultation psychiatrique, au terme de laquelle il n'a pas été fait mention d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles. Ainsi, le rapport du CHUV ne permet pas non plus de rendre plausible une aggravation de l'atteinte de type fibromyalgique ou somatoforme dont il avait été tenu compte lors de la précédente demande de prestations. Quant à la nouvelle jurisprudence relative à l'appréciation de la capacité de travail en cas de syndrome douloureux sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), à laquelle se réfère la recourante, le Tribunal fédéral a expressément confirmé qu'elle ne constituait pas en soi un motif de révision ou d'entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 141 V 585). c) Le seul diagnostic réellement nouveau par rapport à la situation prévalant lors du précédent refus de rente est finalement celui d'état anxio-dépressif posé par le Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 mars 2017. On observe toutefois que ce diagnostic n'a pas été posé par les médecins du CHUV dans leur rapport du

16 février 2016, alors qu'il comporte un volet psychiatrique. Par ailleurs, le Dr G. \_\_\_\_\_ prescrivait déjà un anti-dépresseur à base de duloxétine, le Cymbalta, en avril 2016, avec le même dosage qu'en mars 2017, quand bien même il ne mentionnait pas d'état anxio-dépressif à l'époque. Ce traitement avait été introduit par les médecins du CHUV, comme ceux-ci l'indiquent dans la synthèse de leur rapport en lien avec le syndrome douloureux somatoforme persistant, juste après avoir mentionné qu'ils avaient renseigné la patiente sur le caractère bénin du trouble somatoforme douloureux et l'absence de limitation physique en résultant. Le Dr G. \_\_\_\_\_ n'est par ailleurs pas psychiatre et n'a pas adressé sa patiente à

- 23 - une consultation spécialisée, tout au moins pas avant la décision de refus d'entrée en matière litigieuse, ce qui aurait dû être le cas si l'état anxio-dépressif avait été réellement nouveau et suffisamment grave pour traduire une péjoration notable et durable de l'état de santé de sa patiente. Ce seul nouveau diagnostic, mentionné par le Dr G. \_\_\_\_\_ sans élément clinique, ne suffisait donc pas à en rendre plausible une telle péjoration. Il n'y avait au dossier aucun indice d'une atteinte psychiatrique qui aurait dû être investiguée plus avant. Ce n'est qu'après la décision litigieuse que la recourante a entrepris un suivi auprès d'un psychiatre, la Dresse X. \_\_\_\_\_, dont le rapport, postérieur à la décision litigieuse, ne peut pas être pris en considération dans une procédure de recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Au demeurant, même s'il fallait en tenir compte, force serait de constater que la Dresse X. \_\_\_\_\_ explique expressément que les limitations fonctionnelles sont surtout d'ordre somatique. Contrairement à ce que prétend la recourante, elle n'atteste pas d'incapacité de travail liée à une atteinte psychiatrique. Elle ne retient du reste pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais le mentionne uniquement comme motif de consultation. Elle précise également ne pas pouvoir affirmer l'existence d'une péjoration de l'état de santé. Au vu de ce qui précède, la recourante n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation 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 donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par la recourante et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

## **E. 5**

a) Il découle des considérants que 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont

- 24 - les conclusions sont 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). Au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis à charge de la recourante. c) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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