

## **VD\_GERICHTE ZD17.028505 vom 31. Januar 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-01-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.028505](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.028505)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.028505 du 31 janvier 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.028505 del 31 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 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 ou son impotence 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. 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 consid. 2.3 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Cette exigence ne

- 11 - consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. 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.). c) 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 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). 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). d) On précisera que 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, 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. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2).

#### **E. 4**

Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas sérieusement instruit sa nouvelle demande. a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst., comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision touchant sa situation juridique ne soit prise, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1 et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées). b) En l'occurrence, la recourante se méprend en déplorant une violation de son droit d'être entendue par l'intimé au motif qu'il n'aurait pas instruit sa seconde demande de manière sérieuse. En effet, s'il est constant que l'OAI a pour devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 LPG), la procédure est différente s'agissant d'une nouvelle demande de prestations. En pareil cas, c'est en effet à l'assuré qu'il incombe de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. consid. 3a et b supra). Ce n'est que lorsque l'assuré a rendu une telle modification plausible que l'OAI doit entrer en matière et examiner l'affaire au fond, en instruisant la cause. Le point de savoir si la recourante a satisfait à cette exigence, et donc si l'intimé était ou non fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, doit être analysé avec les autres motifs (cf. consid. 5 infra) et non au titre de la violation du droit d'être entendu. Ce grief est dès lors écarté.

#### **E. 5**

L'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 20 décembre 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en

- 13 - force du 19 avril 2013 et la décision litigieuse du 29 mai 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. Tel que susmentionné, il faut au contraire se limiter à examiner si l'assurée, 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 29 mai 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 19 avril 2013. 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) La décision du 19 avril 2013 refusant à la recourante le droit à des prestations retenait que les affections dont elle souffrait n'occasionnaient pas d'incapacité de travail et n'étaient dès lors pas invalidantes au sens de l'AI, en précisant que l'intéressée devrait toutefois éviter de faire des efforts physiques importants. L'OAI s'est fondé sur le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR du 18 février 2013, lequel constatait que le Dr J. \_\_\_\_\_ avait mentionné un pseudoxanthome élastique et des stries angioïdes présentes depuis 1999 au moins, avec une acuité visuelle conservée, sans baisse de rendement, ce dernier médecin relevant toutefois que des efforts physiques importants devaient être évités. Le Dr G. \_\_\_\_\_ concluait que la capacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité sans efforts physiques importants. b) A l'appui de sa nouvelle

demande, la recourante se prévaut de cinq rapports médicaux. S'agissant en premier lieu de ceux des 25 novembre 2016 et 12 mars 2017 du Dr M. \_\_\_\_\_, il y a lieu de relever que ce médecin a fait état de stries angioïdes et d'un pseudoxanthome élastique, atteintes présentes depuis au moins 1999, respectivement 2011, selon le rapport

- 14 - du 5 février 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_. Elles ont ainsi déjà été retenues dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurée (cf. rapport du 18 février 2013 du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR). Par ailleurs, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exposé que cette pathologie contre-indiquait le port de charges et que les professions pouvant occasionner d'avoir régulièrement la tête penchée vers le bas étaient à éviter, de même que tout traumatisme. Ces limitations fonctionnelles avaient toutefois déjà été définies par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans le rapport susmentionné, relevant notamment que les activités nécessitant une force physique importante étaient à éviter et que la patiente ne pouvait pas non plus effectuer des activités requérant de se pencher, de soulever ou porter des charges et de monter sur une échelle. Ainsi, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans les rapports précités ne diffèrent pas de celles déjà retenues à l'époque de la décision du 19 avril 2013. Enfin, le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a pas attesté d'incapacité de travail. Ses deux nouveaux rapports ne font donc état d'aucune aggravation de la santé de la recourante au regard des circonstances ayant prévalu lorsque la décision du 19 avril 2013 a été rendue. Il en va de même du rapport établi le 1er mars 2017 par le Dr J. \_\_\_\_\_. En effet, ce spécialiste a également rappelé que sa patiente présentait des stries angioïdes aux deux yeux, en précisant qu'un traumatisme était susceptible d'occasionner des complications. Il a ensuite répété les limitations fonctionnelles déjà connues, soit d'éviter de porter des charges excessivement lourdes. En outre, il ressort de ce rapport que l'assurée a une acuité visuelle complète des deux yeux. S'agissant du rapport du 15 mars 2017 du Dr W. \_\_\_\_\_, ce médecin s'est limité à indiquer que le pseudoxanthome élastique – déjà connu – pouvait se manifester par des anévrismes susceptibles de se rompre ou par une artérite des membres inférieurs et qu'il y avait ainsi lieu de privilégier l'écho-doppler dans le cadre d'une surveillance. Ce spécialiste n'a donné aucune précision concernant d'éventuelles limitations fonctionnelles ou une incapacité de travail de la recourante.

- 15 - Dans son rapport du 7 février 2017, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a quant à elle attesté une incapacité de travail de 40 %, en posant le diagnostic d'un état de stress post-traumatique chez une patiente ayant souffert d'épisodes dépressifs récurrents avec symptômes somatiques. Toutefois, ce rapport n'est guère détaillé, il ne mentionne en particulier pas si l'assurée est régulièrement suivie et, cas échéant, si une quelconque médication a été mise en place. En outre, la Dresse K. \_\_\_\_\_ n'a pas exposé de limitations fonctionnelles, se contentant de mentionner que pour le moment, la patiente restait en état de fragilité. La psychiatre a principalement expliqué la diminution de la capacité de travail de l'intéressée en soulignant que la recherche d'un emploi était rendue plus difficile à cause des limitations liées à la diminution de la vue, ce qui ne ressort pas de son domaine de compétence, tel que relevé par le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 3 mai 2017). L'ophtalmologue de la recourante n'a quant à lui pas fait état d'une telle aggravation, en indiquant au contraire que l'acuité visuelle était complète pour les deux yeux (cf. rapport du 1er mars 2017). Enfin, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic était favorable. c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par l'assurée ne permettent pas d'établir de façon plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière

sur la nouvelle demande déposée par l'intéressée le 20 décembre 2016. La Cour de céans relève encore, à l'instar de l'intimé, que l'activité de femme de ménage n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Cependant, cette dernière peut effectuer d'autres activités professionnelles ne nécessitant pas d'efforts importants, telles que celles de caissière ou de surveillante d'un processus de production. Celles-ci ne requièrent pas la mise en place de mesures de réadaptation de l'OAI.

- 16 -

#### **E. 6**

Enfin, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert la recourante, la Cour de céans étant convaincue qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2, 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2). Quoiqu'il en soit, la Cour de céans souligne que le présent litige concerne uniquement la question du refus d'entrée en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressée et que de ce fait, une telle expertise ne saurait être ordonnée à ce stade.

#### **E. 7**

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, 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 (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). Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis 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.

- 17 - c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et devraient être 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). La recourante bénéficie cependant, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Adrienne Favre. Celle-ci a produit la liste de ses opérations le 11 décembre 2017, laquelle fait état d'un temps consacré au dossier de 7 heures et 5 minutes, et de débours s'élevant à 7 francs. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Conformément au tarif horaire applicable, le

défraiement équitable de Me Favre doit ainsi être fixé à 7 heures et 5 minutes à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit 1'275 fr., auquel doivent être additionnés les débours à hauteur de 7 francs. A cela s'ajoute la TVA au taux de 8 %, de sorte que le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Favre s'élève à 1'384 fr. 55. Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue 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).

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