

# **VD\_GERICHTE ZD17.028664 vom 20. Juli 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.028664](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.028664)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.028664 du 20 juillet 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.028664 del 20 luglio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Syndrome douloureux somatoforme existant sans co- morbidité psychiatrique importante (F45.4 CIM10),

### **E. 2**

Trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère (F41.2 CIM10),

### **E. 3**

Neurasthénie (F48.0 CIM10),

### **E. 4**

En l'espèce, il ne saurait être question d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force 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, dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il y a uniquement lieu de déterminer si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de décembre 2016, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. a) A titre préalable, il convient de préciser que les rapports médicaux produits devant la juridiction cantonale – soit le rapport de CT cérébral du Dr H. \_\_\_\_\_ du 12 septembre 2012, le rapport d'IRM cérébrale du Dr N. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2017, ainsi que les comptes-rendus de la Dresse L. \_\_\_\_\_ des 20 juin et 24 août 2017, ceux de l'Unité A. \_\_\_\_\_ des 30 novembre 2017 et 2 mai 2018, et ceux de la Dresse K. \_\_\_\_\_ des 22 janvier et 3 mai 2018 – ne peuvent pas être pris en considération pour trancher le présent litige, pas plus que les dépositions écrites des enfants de la recourante versées au dossier le 20 septembre 2017. Ces pièces ont en effet été communiquées au stade de la procédure judiciaire ouverte c'éans, autrement dit postérieurement au prononcé de la décision

- 20 - litigieuse. Or, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative devant l'OAI justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. consid. 3c supra). Corrélativement, les griefs de la recourante en lien avec les pièces versées en procédure judiciaire – qui constituent l'essentiel de son argumentaire – ne peuvent être qu'écartés, puisque reposant sur des éléments extrinsèques à la problématique soumise à l'examen de la Cour de c'éans. Tout au plus relèvera-t-on que la recourante ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir ignoré de « nouveaux diagnostics » (cf. mémoire de recours du 30 juin 2017 p. 1) alors même qu'elle n'a fourni aucune indication sur le sujet lors de la procédure administrative, bien que dûment interpellée – étant rappelé que pour qu'il soit entré en matière sur une nouvelle demande de prestations, c'est à la

personne assurée de rendre plausible une modification significative de son état de santé et non à l'OAI de procéder d'office à l'instruction du cas (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI ; cf. consid. 3c supra). Par surabondance, on notera encore qu'il importe peu que le SMR, dans son avis du 17 août 2017, se soit succinctement prononcé sur certaines des pièces produites au stade du recours, cette seule circonstance n'ayant pas pour effet d'élargir la contestation portée devant le tribunal. Il n'y a, pour le surplus, pas lieu de se prononcer plus avant sur le sujet, au risque de préjuger du sort d'une éventuelle procédure future. b) Afin de déterminer si l'intimé était ou non fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande introduite le 27 décembre 2016, seuls peuvent être pris en considération le rapport de la Dresse S. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2017, le courriel de cette praticienne du 26 septembre 2016, le rapport de la Dresse AA. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2015, ainsi que les rapports de la Dresse L. \_\_\_\_\_ des 29 janvier 2015, 1er juin 2015 et 9 mai 2017 – à savoir les seules pièces médicales versées au

- 21 - dossier de l'OAI dans le cadre de la procédure administrative diligentée par cet office.

aa) Aux termes de son compte-rendu du 16 janvier 2017, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a pour l'essentiel renvoyé aux constatations faites plus de dix ans plus tôt, le 10 avril 2006, tout en précisant qu'une rente AI ne se justifiait pas sur le plan somatique et qu'elle invitait le psychiatre traitant à se prononcer sur l'aspect psychique. Quoi qu'en dise la recourante, de tels propos reflètent une situation demeurée stationnaire, sans aucune notion d'aggravation spécifique, et ne témoignent manifestement pas d'une modification notable de l'état de santé susceptible d'influencer son droit à des prestations de l'AI ; le simple fait de renvoyer au psychiatre traitant est, en particulier, insuffisant au regard des exigences posées en la matière (cf. consid. 3b et c supra). Par ailleurs, en tant que la Dresse S. \_\_\_\_\_ a mis en exergue la situation personnelle de l'assurée, il sied de relever que les éléments psycho-sociaux ou socio-culturels sont étrangers à l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Cela étant, l'OAI n'avait ici aucune raison pertinente d'entrer en matière sur la nouvelle demande introduite le 27 décembre 2016. Le 17 mai 2017 a encore été produit un courriel du 26 septembre 2016 de la Dresse S. \_\_\_\_\_. Celui-ci n'est toutefois d'aucun secours à la recourante. En effet, il y est simplement fait référence à une petite intervention au cou, ce qui ne saurait traduire une modification de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations de l'AI – sachant que, selon la Dresse S. \_\_\_\_\_, l'assurée ne souffre d'aucune atteinte somatique justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité (cf. rapport du 16 janvier 2017). Pour le reste, cette praticienne s'est contentée d'évoquer succinctement l'évolution de la symptomatologie douloureuse de la recourante au fil des opérations, soit une situation amplement décrite dans le cadre des précédentes demandes de prestations instruites par l'OAI, cela notamment par le biais de deux expertises sur lesquelles l'office s'est fondé pour refuser l'octroi de prestations consécutivement les 25 avril 2012 et 13 juillet 2015 (cf. rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2011 et rapport d'examen clinique du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 27

- 22 - avril 2015). Au final, rien dans le courriel du 26 septembre 2016 ne laisse donc à entendre que les renseignements précédemment récoltés par l'intimé ne seraient plus d'actualité. bb) En ce qui concerne le rapport du 21 juillet 2015 de la Dresse AA. \_\_\_\_\_, consécutif à une consultation du même jour, la Cour n'y décèle aucun indice évocateur d'un changement important au niveau de l'état de santé de la recourante. Ce rapport mentionne en effet des options thérapeutiques en lien avec une symptomatologie d'ordre gastroentérologique, singulièrement des troubles intestinaux (pyrosis, dyspepsie et

météorisme abdominal). Or, des symptômes analogues avaient déjà été signalés par le passé, que ce soit sous la forme de problèmes de digestion (cf. rapport de la Dresse S. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2006 p. 2), de boule dans le ventre avec des vomissements à répétition (cf. rapport des Drs W. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du 21 août 2006 p. 2), de douleurs à l'estomac (cf. rapport d'expertise de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2008 p. 2), de maux d'estomac avec des vomissements (cf. rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2011 p. 5 et 6), de douleurs abdominales (cf. rapport des Drs F. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2014 p. 2), ou de douleurs abdominales et de constipation avec des vomissements deux à trois fois par semaine (cf. rapport d'examen clinique du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2015 p. 3). Dite symptomatologie n'a donc rien de nouveau. Le seul fait que ces symptômes aient finalement conduit à une consultation spécialisée le 21 juillet 2015 – huit jours après la décision de refus de prestations du 13 juillet 2015 – ne suffit pas à rendre plausible une péjoration significative sur le plan intestinal, cela d'autant que l'anamnèse décrite par la Dresse AA. \_\_\_\_\_ ne permet de tirer aucune conclusion quant à l'évolution des symptômes par rapport aux précédents refus de prestations. A la rigueur, l'absence de vomissements signalée par la Dresse AA. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 juillet 2015 p. 2 : « Elle rapporte des nausées sans lien avec les repas, sans vomissements [...] ») plaide bien plutôt dans le sens d'une amélioration des troubles.

- 23 - Pour le surplus, on notera que les examens réalisés le 24 juillet 2015 ont montré que l'assurée ne présentait finalement plus de signes d'*Helicobacter Pylori* et que, comme la Dresse S. \_\_\_\_\_, la Dresse AA. \_\_\_\_\_ a évoqué la situation psycho-sociale complexe de l'assurée, paramètre qui ne peut toutefois être pris en considération pour l'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). cc) Quant à la Dresse L. \_\_\_\_\_, elle a essentiellement fait mention d'une prise en charge depuis le mois de février 2013 pour des douleurs pharyngées diffuses chroniques d'origine mixte, dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme, d'une cancérophobie, d'un tabagisme actif, d'un reflux gastro-œsophagien persistant sous traitement et d'une amygdalite chronique rétensive et kystique bénigne. Cette symptomatologie n'est toutefois pas suffisante pour rendre plausible une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée. En effet, rien ne permet d'inférer que les douleurs pharyngées évoquées pourraient impacter dans une quelconque mesure la capacité de travail de l'assurée. Bien au contraire, le fait que la Dresse L. \_\_\_\_\_ se soit limitée à préconiser un traitement conservateur (anti-inflammatoires en réserve et, localement, traitements d'Echinamed et Deaftol sprays) associé à la diminution, voire l'arrêt, du tabagisme plaide pour une pathologie somme toute bénigne ne présentant, à ce stade, aucune caractéristique de nature invalidante. On notera du reste que, suite à son examen du 22 avril 2015, le Dr Y. \_\_\_\_\_ avait déjà mentionné un suivi régulier pour des kystes dans le cou (cf. rapport d'examen clinique du 27 avril 2015 p. 2), sans autre particularité – ce que la Dresse L. \_\_\_\_\_ est au final venu confirmer. Au niveau ORL, les rapports de cette praticienne ne peuvent donc justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Dans son rapport du 9 mai 2017, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné des cervicalgies récentes, sur hernie discale selon la patiente. Toutefois, sans plus amples indications, cette simple mention ne permet pas de considérer comme plausible une modification significative de l'état de santé de l'assurée. Il faut du reste relever que, lors de son examen, le Dr Y. \_\_\_\_\_ avait signalé une mobilité du rachis douloureuse

- 24 - au niveau de la jonction cervicodorsale et lombaire bas [sic], mais néanmoins bonne dans tous les axes ; il avait ainsi nié l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire (cf. rapport d'examen clinique du 27 avril 2015 p. 7). Le seul fait que l'assurée ait ultérieurement imputé ses cervicalgies à une hernie discale ne permet pas de conclure à une dégradation notable de la situation. Finalement, on rappellera ici encore que la situation familiale complexe de l'assurée, relevée par la Dresse L. \_\_\_\_\_, est étrangère à l'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). c) Il apparaît en conséquence que, dans ses démarches devant l'OAI suite à la nouvelle demande de prestations introduite le 27 décembre 2016, la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. C'est donc à bon droit que l'office intimé a retenu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a conséquemment refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

#### **E. 5**

a) Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). 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. Toutefois, dès lors que cette dernière s'est vu octroyer le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est néanmoins rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (cf.

- 25 - art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; cf. art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA a contrario).

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