

VD_GERICHTE ZD20.035594 vom 23. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.035594

FR: VD_GERICHTE ZD20.035594 du 23 août 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.035594 del 23 agosto 2021

Erwägungen

E. 6

août 2012 consid. 4.3 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 4. En l'espèce, la CASSO, dans l'arrêt rendu le 12 décembre 2019 (AI 321/17 – 394/2019), avait reconnu, tant sur le plan somatique que psychiatrique, une pleine valeur probante au rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique J._____ du 22 octobre 2015 ainsi qu'au rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises M._____ du 26 juillet 2016. Il convenait ainsi de retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de chef de vente ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 avril 2020, soit quatre mois après l'arrêt de la CASSO, en faisant état d'une aggravation de son état de santé et en se référant à un rapport du Dr N._____ du 25 mars 2020, dans lequel ce médecin a mentionné la persistance des symptômes en rapport avec une polyneuropathie sensitive ou motrice longueur-dépendante à prédominance sensitive d'origine indéterminée avec une réponse incomplète au traitement. Le recourant a, par la suite, produit un rapport du Dr N._____ du 30 juin 2020, retenant les diagnostics de polyneuropathie sensitivo-motrice à prédominance sensitive, de sédation et état ébrié en rapport avec la médication antalgique, de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche, de lombalgies chroniques et syndrome radiculaire L3-L4 gauche, traité en partie par neurostimulateur médullaire et de syndrome anxiodépressif réactionnel modéré à sévère en rapport avec l'intensité et le caractère invalidant de la problématique douloureuse, les troubles de la marche et de l'équilibre, les effets secondaires de la médication antalgique. Il a précisé que son patient avait été évalué par trois

- 9 - neurologues, un rhumatologue et par les antalgistes du Centre hospitalier L._____ et à l'Hôpital de [...] où il était encore suivi. L'OAI a considéré que les pièces produites n'amenaient aucun élément nouveau et ne permettaient ainsi pas d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. L'intimé a donc rendu une décision allant dans ce sens le 15 juillet 2020. Force est en l'occurrence de constater que les rapports du Dr N._____ font état d'éléments déjà connus. En effet, le rapport de la Clinique J._____ du 22 octobre 2015 faisait mention du rapport du 3 novembre 2011 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin avait indiqué que l'assuré présentait des douleurs neurologiques fluctuantes aux deux membres inférieurs. Par ailleurs, les atteintes neurogènes ont été examinées tant par les médecins de la Clinique J._____ que par ceux du Centre d'expertises M._____ puisqu'elles ont conduit à la pose d'un simulateur médullaire. Les douleurs au dos ainsi qu'à l'épaule ont également fait l'objet d'un examen par les médecins précités. Dans son rapport du 30 juin 2020, le Dr N._____ a mentionné que le recourant avait été suivi par d'autres médecins (neurologues, rhumatologue,

antalgistes) mais n'a joint aucun rapport en lien avec ces suivis. Par ailleurs, il a posé le diagnostic de syndrome anxiodépressif réactionnel modéré à sévère – lequel avait déjà fait l'objet d'une analyse aussi bien par les médecins de la Clinique J. _____ que par ceux du Centre d'expertises M. _____ –, mais n'a pas fait état de suivi, ni produit de rapport psychiatrique. Le Dr N. _____ a retenu une capacité de travail nulle sans toutefois étayer son appréciation, ni mentionner les limitations fonctionnelles engendrées par les douleurs neurologiques. Or il faut rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). A cet égard, peu importe donc de savoir quelle est la cause des douleurs qui sont présentes chez le recourant depuis de nombreuses années et la dénomination qui a été précédemment adoptée

- 10 - par les médecins du recourant ou si le diagnostic n'a pas été formellement posé toute de suite, celui-ci n'ayant aucune incidence sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Ce qui, en définitive, est déterminant, c'est la capacité de travail et les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte, ce dont le SMR a tenu compte dans son appréciation. Or ces limitations fonctionnelles n'ont aucunement été modifiées. Dès lors que 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 et que celui-ci doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, le rapport de la Dre R. _____ du 31 août 2020, produit postérieurement à la décision attaquée, ne peut être pris en compte. En définitive, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 17 avril 2020 par le recourant. 5. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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