

VD_GERICHTE ZD21.054889 vom 3. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.054889

FR: VD_GERICHTE ZD21.054889 du 3 mars 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.054889 del 3 marzo 2022

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 456/21 - 79/2022 ZD21.054889 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 3 mars 2022 _____ Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente Mmes Röthenbacher et Durussel, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 87 RAI ; art. 82 LPA-VD. 402

- 2 - En fait et en droit : Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 21 avril 2010 par H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), vu la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 14 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annulée le 19 mars 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 244/12 – 62/2013) avec renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction sur le plan médical, vu la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 2 juillet 2015 par l'OAI – à la suite d'un rapport d'expertise rhumatologique établi le 27 novembre 2013 par le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport – et dont la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a prononcé l'annulation par arrêt du 20 septembre 2016 (AI 252/15 – 245/2016), la cause étant renvoyée à l'office pour complément d'instruction sur le plan médical, vu le mandat d'expertise pluridisciplinaire confié par l'OAI aux Drs F. _____, spécialiste en rhumatologie, J. _____, spécialiste en médecine interne générale, R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z. _____, spécialiste en cardiologie, du Centre [...] (ci-après : M. _____), dont le rapport du 15 décembre 2017 retenait, d'une part, les diagnostics incapacitants d'arthrose cervicale depuis au moins quinze ans, de spondylolisthésis L5-S1 avec discopathie L5-S1 depuis le 18 février 2010 et de chondropathie rotulienne depuis le 17 juillet 2017 et, d'autre part, les atteintes sans impact sur la capacité de travail de personnalité accentuée immature (Z73.1), de syndrome métabolique (avec obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2 insulino-traité et dyslipidémie) et de cardiopathie hypertensive, tout en exposant notamment ce qui suit :

- 3 - "Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine interne L'assurée présente une dyslipidémie, une hypertension artérielle, un tabagisme d'importance moyenne et un diabète insulino-requérant, qui n'ont aucune manifestation clinique. A l'exception du tabagisme, les trois autres diagnostics sont tous traités médicamenteusement (très bonne compliance médicamenteuse), permettant pour les trois d'avoir des valeurs biologiques normales ou du moins très proches de la norme (notamment pour la dyslipidémie). Il n'y a donc aucune incidence sur la capacité de travail pour ces quatre diagnostics. Reste l'obésité

morbide (BMI 50,9 [recte : 54,1] kg/m²), [...]. Cette obésité morbide n'a certes pas d'incidence sur la capacité de travail en tant que ménagère chez notre assurée. Néanmoins, elle entrave l'assurée dans les déplacements. Même les mouvements les plus simples, comme par exemple faire la cuisine, sont alourdis par cette obésité, de même que les mouvements du tronc sont ressentis comme très pénibles, et le moindre effort physique déclenche une dyspnée, certes due à l'obésité. En revanche, l'examen clinique ne montre aucun[e] difficulté [pour] s'habiller et [se] déshabiller. Avec un poids moins haut, l'assurée ne présenterait pas de dyspnée à l'effort et n'aurait [pas] de peine à se mouvoir librement. Selon toute vraisemblance, son hypertension et son diabète seraient moins marqués. Elle ne serait pas sédentaire et pourrait vaquer à toute occupation sans restriction. Sur le plan rhumatologique L'assurée se plaint[,] depuis 2008, de douleurs diffuses cervicales et dorsolombaires, irradiant à la fois dans les membres supérieurs et les membres inférieurs, sans support anatomique précis à l'examen clinique ce jour. Elle signale que ses douleurs datent de bien plus longtemps (depuis 15 à 17 ans) [...]. Les douleurs sont extrêmement diffuses, variables dans leur intensité, leur situation et leur latéralité, à la fois diurnes et nocturnes, et pour lesquelles elle a besoin d'aide et de soins de la part de sa belle-fille qui vit en permanence chez elle, à la fois la nuit, mais également pour faire sa toilette, le ménage, la cuisine, et même les déplacements extérieurs. L'examen clinique ne retrouve pas de systématisation précise. Il n'y a pas de trouble de la mobilisation des grosses articulations des membres supérieurs et inférieurs, ni d'élément péjoratif rachidien à l'examen, la distance main-sol étant même de 10 cm. Il n'y a pas non plus de trouble neurologique objectif. Les examens radiologiques constatés ne permettent pas d'expliquer les douleurs alléguées par l'assurée. Par ailleurs, il n'y a aucun élément clinique pour permettre de poser le diagnostic de fibromyalgie, devant l'absence de points spécifiques, l'absence de plaintes de fatigue chronique et l'absence de repos non réparateur. Par ailleurs, l'état clinique de l'assurée ne semble pas s'être aggravé depuis l'expertise médicale du Dr Q._____ le 27.09.2013. Néanmoins, un élément nouveau est apparu, à savoir une douleur

- 4 - des deux genoux, dont le substrat anatomique est une chondropathie rotulienne, mais sans manifestation inflammatoire, devant l'absence d'épanchement articulaire. Etant donné que le genou est la seule articulation où on a démontré une relation directe entre poids et douleurs, on peut en conclure que l'obésité morbide de l'assurée ait pu être une des causes de la détérioration des deux genoux. Mais l'atteinte est uniquement isolée à la rotule, la partie fémoro-patellaire du genou (la zone portante étant la partie fémoro-tibiale du genou) ne fonctionnant pas à la marche, ceci ne devrait pas altérer le périmètre de marche. Les seules manifestations douloureuses d'un syndrome fémoro-patellaire isolé sont les descentes d'escaliers, et éventuellement la position assise prolongée, jambes repliées et les positions accroupies et à genoux. En définitive, si l'assurée n'avait pas d'excès pondéral, les douleurs des genoux seraient probablement absentes ou nettement moindres en particulier à la marche et dans les escaliers. Les limitations fonctionnelles sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°. Du point de vue strictement rhumatologique, je confirme les conclusions du Dr Q._____, à savoir une capacité de travail dans les conditions adaptées de 80%, et dans les activités ménagères une capacité de travail de 60%, incluant l'absence de position à genoux et accroupie et le piétinement. Sur le plan cardiologique D'un point de vue cardiologique, cette patiente présente une cardiopathie

hypertensive sans composante ischémique vu l'absence de lésion coronarienne à la coronarographie de 2015. La cardiopathie structurelle entraîne une dysfonction diastolique, qui a été le point de départ d'un œdème pulmonaire aigu en 2010. Actuellement, les valeurs de pression artérielle sont correctement maîtrisées, et on n'observe pas de franche élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche. La situation cardiaque est donc favorablement maîtrisée sous traitement et aucun élément objectif n'indique une limitation fonctionnelle qui soit d'origine cardiovasculaire. De manière évidente, le frein à l'activité physique lors de cette consultation a été, en grande partie, d'ordre extra-cardiaque, à savoir, la survenue de gonalgies. Cette patiente présente, également, une limitation physique liée à l'obésité morbide et à un syndrome de déconditionnement musculaire. D'un point de vue cardiologique stricto sensu, il n'y a pas d'élément contre-indiquant la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, y compris en qualité de femme de ménage. Il semble, néanmoins, que les éléments ci-dessus d'ordre non cardiologique (gonalgies, obésité, désentraînement musculaire) voire extra-médicaux, tels que l'absence de formation, la non-maîtrise du parler local, puissent impacter des activités professionnelles avec sollicitation physique même très faible.

- 5 - Sur le plan psychique L'assurée, originaire du [...], a grandi dans un contexte ne lui permettant pas un épanouissement des ressources cognitives (pas de scolarité admise chez eux pour les personnes de sexe féminin) et en général pour l'individuation de la personnalité, ce qui paraît conforme à l'évolution d'une personnalité accentuée dans le sens soumis et dépendant Z73.1. L'assurée a été mariée par ses parents contre son gré à l'âge de quinze ans. Elle a eu sept enfants et a vécu jusqu'à l'âge de 29 ans dans la famille de son mari, où elle a dû beaucoup travailler et où elle n'a jamais eu le temps pour quelque loisir que ce soit. En 1991, elle a rejoint son mari en Suisse avec ses sept enfants. Ici, elle ne s'est jamais intégrée, étant toujours femme au foyer et n'ayant jamais appris le français de façon suffisante pour pouvoir s'entretenir avec quelqu'un. Chez cette assurée, il n'y a pas de traitement psychiatrique proprement dit (mis à part certains contacts ponctuels), mais dès 2010, une régression continuellement croissante, allant de pair avec une augmentation constante du poids : l'assurée affirme ne pouvoir plus rien faire seule, sans la présence d'une de ses filles, ce qui correspond à une évolution de l'accentuation de la personnalité dans le sens immature. Je constate que le rôle de malade que prend l'assurée ne semble pas être remis en doute par les membres de sa famille. A part ceci, je ne constate pas d'autres atteintes à la santé spécifiquement psychiatriques, il n'y a donc chez l'assurée pas de limitation fonctionnelle due à une maladie psychiatrique. En conclusion L'assurée ne présente à ce jour aucune atteinte à la santé avec des répercussions sur la capacité de travail et partant, aucune limitation fonctionnelle d'origine cardiaque, métabolique, ni aucune maladie psychique pouvant entraver sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles sont actuellement d'origine mécanique et sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°. Par rapport à l'expertise du Dr Q. _____ du 27.9.2013, sont apparues les chondropathies rotuliennes, mais le BMI était déjà de 54, marquant une obésité morbide. Comme explicité plus haut, les chondropathies rotuliennes ne limitent que les positions accroupies, à genoux ou les flexions des genoux supérieures à 90°, mais pas la marche ou le piétinement.

- 6 - La capacité de travail est donc identique à celles constatée à l'issue de l'expertise du Dr Q._____ précitée, à savoir 80% dans une activité adaptée et 60% pour les activités de ménage. Sans surcharge pondérale de cette ampleur, les capacités physiques de l'assurée en seraient grandement améliorées, ainsi que ses douleurs des genoux. [...] [...] L'assurée [...] ne fait rien dans le ménage cependant elle en a toutes les capacités nécessaires sauf les tâches qui sollicitent fortement le dos (penché en avant, sur échelles ou esc[a]beau)." vu la décision de l'OAI du 9 avril 2019 refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, refus confirmé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 10 septembre 2020 (AI 194/19 – 311/2020) puis par le Tribunal fédéral en date du 5 février 2021 (TF 9C_658/2020), vu le dépôt, dans l'intervalle, d'une demande d'allocation pour impotent en date du 28 avril 2016, vu le rapport d'enquête pour l'évaluation de l'impotence du 28 mai 2018, relevant en particulier que l'obésité n'avait pas été retenue par les experts médicaux intervenus en 2017 alors que, selon les constatations de l'enquêtrice, seule l'obésité permettait de rendre plausible le besoin d'aide, vu l'avis médical du 14 août 2018 de la Dre T._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), précisant qu'à la lumière des conclusions des experts du M._____, aucune limitation médicale ne pouvait être retenue pour les actes ordinaires de la vie, pas plus que pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. vu la décision du 1er novembre 2018, par laquelle l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation d'impotence à l'assurée, vu la nouvelle demande d'allocation pour impotent déposée le 1er mars 2021 par l'intéressée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, au motif d'une aggravation de son état de santé,

- 7 - vu la correspondance de l'OAI du 11 mars 2021, par laquelle l'office a rendu l'assurée attentive au fait que le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision négative et que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits, un délai de trente jours lui étant conséquemment imparti pour produire un rapport médical détaillé ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'impotence et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée, vu la demande de prolongation de délai requise le 30 avril 2021 par le conseil de l'assurée, à laquelle l'OAI a accédé en prolongeant au 31 mai 2021 le délai pour procéder, vu le rapport à l'attention de la Commission administrative de la coordination des systèmes de sécurité sociale établi le 27 mai 2021 par le Dr N._____, médecin généraliste traitant, et communiqué le jour même à l'OAI par courriel électronique de ce médecin et par pli recommandé personnellement envoyé par la recourante, vu la teneur de ce compte-rendu, relevant en substance l'existence d'une obésité morbide avec complications cardiaques, veineuses, articulaires et diabète, évoquant une lente dégradation somatique et psychique chez une patiente dont la dépendance à l'entourage – en raison de l'obésité morbide et des difficultés de mobilisation qui y étaient liées, ainsi que de troubles psychiques (impossibilité de nouer et entretenir des contacts sociaux, isolement, importante méfiance) – était totale depuis plus de dix ans, soulignant plus spécifiquement que l'évolution récente tendait vers une péjoration de troubles cognitifs déjà connus depuis une année (troubles de la mémoire à court terme et troubles de la mémoire procédurale) et signalant qu'une psychothérapie venait d'être entamée, tout en détaillant de surcroît la médication prescrite à l'intéressée,

- 8 - vu les pièces jointes à ce rapport – soit un compte-rendu d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 11 novembre 2019, ainsi que les résultats d'un bilan

cardiologique effectué en mars 2019 par le Dr W. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, vu les demandes de prolongation de délai successivement déposées par le conseil de l'assurée les 31 mai 2021 et 30 juin 2021, auxquelles l'OAI a donné suite en prolongeant le délai imparti pour produire des rapports médicaux au 30 juin 2021 puis au 21 juillet 2021, vu le courrier du conseil de l'assurée du 21 juillet 2021, sollicitant une nouvelle prolongation de délai, vu la correspondance de l'OAI du 22 juillet 2021, refusant d'accéder à cette requête et indiquant qu'à défaut de nouvelles jusqu'au 2 août 2021, un projet de refus d'entrer en matière serait rendu, vu le courrier du conseil de l'assurée du 2 août 2021, sollicitant à nouveau une prolongation de délai, vu le projet de décision rendu le 6 août 2021 par l'OAI dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotence, au motif qu'aucune modification essentielle des circonstances de fait depuis la dernière décision n'avait été rendue vraisemblable, vu les objections formulées par l'assurée – sous la plume de son conseil – le 10 septembre 2021 à l'encontre de ce projet, invoquant une aggravation de son état de santé et sollicitant un délai de deux mois pour produire des rapports médicaux complémentaires, vu la correspondance de l'OAI du 14 septembre 2021, accordant à l'assurée un délai de deux mois pour rendre plausible

- 9 - l'aggravation de son état de santé tout en attirant l'attention de l'intéressée sur le fait que ce délai ne serait pas prolongeable, vu l'écriture du conseil de l'assurée du 15 novembre 2021, requérant une prolongation de délai au 15 décembre 2021 pour procéder, vu la lettre de l'OAI du 22 novembre 2021, rejetant cette requête dans la mesure où l'office demeurerait sans nouvelles de l'intéressée malgré les multiples prolongations de délai déjà accordées, vu la décision de l'OAI du 22 novembre 2021, confirmant son projet du 6 août précédent, vu le courrier du 23 novembre 2021, aux termes duquel l'assurée, par son conseil, a déposé auprès de l'OAI une demande de réexamen de la décision du 1er novembre 2018, vu le recours déposé le 29 décembre 2021 par H. _____, agissant par Me Jean-Michel Duc, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 22 novembre 2021, concluant à l'annulation de cette décision et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction effective et nouvelle décision, le bénéfice de l'assistance judiciaire étant par ailleurs requis et la mise en œuvre de débats publics sollicitée, vu la motivation développée par la recourante, laquelle s'est prévaluée du rapport du 27 mai 2021 du Dr N. _____ en tant que celui-ci mettait en évidence une péjoration de ses troubles cognitifs depuis une année, la mise sur pied d'une psychothérapie et l'adaptation de sa médication, étant précisé à cet égard que les experts du M. _____ avaient rapporté en 2017 la prise de Torem 10 mg 3x le matin et 3x le soir et de Tranxilium 5mg 1x le matin tandis que le Dr N. _____ signalait la prise de Torasemide Sandoz eco crp 20 mg 3 le matin et 3 le soir et d'Atarax cpr pell 25 mg,

- 10 - vu les pièces au dossier ; attendu que le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20]), qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1), que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ; attendu que

diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]), mais que conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 22 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1), attendu que lorsqu'une allocation pour impotent ou une contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87

- 11 - al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), que 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3), que lorsqu'une personne assurée dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3) ; attendu qu'en l'espèce, malgré les nombreuses prolongations de délai accordées par l'intimé, le conseil de l'assurée n'a produit à aucun stade de la procédure administrative les rapports médicaux annoncés afin d'étayer la nouvelle demande d'allocation pour impotence déposée le 1er mars 2021 par H._____, qu'en parallèle, un rapport du Dr N._____ du 27 mai 2021 a certes été transmis à l'OAI en cours de procédure, que ce rapport ne rend toutefois pas plausible une quelconque aggravation de l'état de santé et, corrélativement, de l'impotence, qu'en particulier, le Dr N._____ reconnaît lui-même que la dépendance à l'entourage existe depuis plus de dix ans,

- 12 - qu'il met du reste cette dépendance en lien avec des problématiques somatiques et psychiques déjà examinées par les experts du M._____ (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 33 ss), sans aucune notion d'aggravation depuis lors, que ces éléments ne sont donc aucunement révélateurs d'une modification significative de la situation depuis la décision du 1er novembre 2018, que la référence faite par le Dr N._____ à l'aggravation de troubles cognitifs connus depuis une année n'est en outre pas explicitée, ni étayée, que du reste, l'assurée avait déjà évoqué des plaintes relevant de la sphère cognitive – sous forme d'une diminution de la concentration, de la mémoire et de l'attention – aux experts du M._____, lesquels n'avaient toutefois pas objectivé d'atteinte à ce niveau (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 24 et 32), que sous cet angle non plus, on ne voit donc pas en quoi la situation se serait notablement modifiée après la décision du 1er novembre 2018, qu'à elle seule, la mise en place d'une psychothérapie n'est par ailleurs pas révélatrice d'une évolution significative de la situation, qu'il en va de même de l'ajustement du traitement médicamenteux intervenu depuis l'expertise du M._____, qu'en l'absence

de constatations médicales concrètes et objectives sur ces aspects, de telles adaptations dans la prise en charge de l'assurée ne peuvent en effet pas être assimilées à une modification de la situation susceptible d'être pertinente du point de vue du droit à l'allocation pour impotent,

- 13 - que pour le surplus, le Dr N. _____ se contente d'évoquer des problématiques déjà connues (troubles cardiaques, veineux, articulaires, diabète), sans détailler de changement important depuis la décision du 1er novembre 2018, que ce médecin n'a plus particulièrement vu aucune péjoration dans les résultats de l'IRM du rachis cervical réalisée le 11 novembre 2019, jointe à son compte-rendu du 27 mai 2021, qu'il convient également de noter l'absence de nouvelle pathologie mise en lumière à l'issue du bilan cardiologique effectué au printemps 2019 (cf. rapport du Dr W. _____ du 3 avril 2019), que du reste, dans son rapport du 27 mai 2021 (p. 3), le Dr N. _____ a spécifiquement évoqué une insuffisance cardiaque et une arthrose diffuse – affectant notamment le rachis – « toujours aussi invalidantes », formulation témoignant de l'absence d'évolution à ces niveaux, que dans ces conditions, l'office intimé était donc légitimé à retenir que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la précédente décision, que la décision de refus d'entrer en matière prononcée le 22 novembre 2021 apparaît donc fondée, qu'au demeurant, on ne peut que relever l'attitude ambivalente de la recourante, laquelle a déposé le 23 novembre 2021 une demande de réexamen de la décision de refus d'allocation d'impotence rendue le 1er novembre 2018 par l'OAI, qu'en définitive, il découle de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, selon la procédure prévue par l'art. 82 LPA-VD ;

- 14 - attendu que la recourante a sollicité la mise en œuvre de débats publics, qu'elle n'a toutefois pas invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), se limitant à demander à ce que ses proches et elle-même soient entendus sur son besoin d'aide au quotidien, qu'une demande formulée de manière claire et indiscutable fait dès lors défaut, de sorte que la requête de preuve déposée par la recourante ne suffit pas pour que soient organisés des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3), que, par surabondance, le juge peut également s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1 phr. 2 CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_59/2020 du 13 mai 2020 consid. 3.1 et les références citées), qu'en l'espèce, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est manifestement infondé, que partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante ; attendu que la requête d'assistance judiciaire doit également être rejetée, dans la mesure où elle porte sur une procédure clairement dépourvue de chances de succès et ne satisfait donc pas à l'une des conditions cumulatives prévues en la matière (art. 18 al. 1 LPA-VD) ;

- 15 - attendu que 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), qu'il convient en l'occurrence de fixer ces frais à 300 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante vu le sort de ses conclusions, qu'il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est

rejeté. II. La décision rendue le 22 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. La requête d'assistance judiciaire est rejetée. IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge de H._____. V. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du

- 16 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour H._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 17 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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