

VD_GERICHTE ZD22.034712 vom 23. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.034712

FR: VD_GERICHTE ZD22.034712 du 23 janvier 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.034712 del 23 gennaio 2023

Erwägungen

E. 4

a) En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer la nature de la décision rendue le 8 mars 2018 par l'intimé, singulièrement de trancher le point de savoir si cette décision doit être considérée comme un refus d'entrer en matière comme le soutient la recourante ou comme un refus de prestations basé sur un examen au fond. b) A cet égard, il faut relever qu'on ne saurait s'arrêter à la dénomination formelle de la décision attaquée, ni aux termes employés par celle-ci. Les décisions de l'administration ne doivent en effet pas être interprétées de manière littérale, mais selon leur sens véritable, conformément à leur signification juridique concrète (ATF 120 V 496 consid. 1a). Peu importe, dès lors, que la décision du 8 mars 2018 porte sur un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles et se réfère à l'instruction de la nouvelle demande déposée le 30 juin 2017 pour en déduire l'absence d'aggravation de l'état de santé dans le contexte d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ces seuls éléments

- 17 - ne sauraient faire oublier que la recourante n'a produit aucun document à l'appui de sa nouvelle demande, de telle sorte que l'administration lui a imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. C'est ainsi que la recourante a transmis un rapport du 28 août 2017 de la Dre B. _____ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec des symptômes psychotiques fluctuants (F33.2-3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et attestant une incapacité de travail totale dans toute activité du 1er février 2015 au 1er avril 2016, une capacité de travail à 50 % du 1er avril 2016 au 1er juillet 2016 et à nouveau une incapacité de travail totale dès le 1er juillet 2016. A la demande de l'OAI, la Dre B. _____ a rendu un rapport le 8 janvier 2018 dans lequel elle a ajouté un nouveau diagnostic par rapport à son premier rapport d'août 2017, à savoir celui de trouble de la personnalité mixte compensé (traits borderline, dépendants, narcissiques, sensitifs et impulsifs) (F61). Tout en attestant des mêmes incapacités que dans son premier rapport, la Dre B. _____ a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que le rendement était nul en raison de restrictions psychiques, à savoir des symptômes anxio-dépressifs graves, des douleurs ayant tendance à se généraliser, des idées de mort, de ruine, de persécution, des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés à se motiver, à se concentrer sur une tâche, de la désorganisation et de graves problèmes relationnels au sein d'une équipe. S'agissant d'une activité adaptée, celle-ci n'était pas indiquée pour l'instant et la situation serait à revoir d'ici six mois avec un pronostic toutefois réservé. En se fondant sur un avis médical du 16 janvier 2018 du SMR niant l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé et considérant qu'il s'agissait d'une évaluation différente du même tableau clinique, l'OAI a rendu un projet de décision le 17 janvier 2018 rejetant la demande de prestations de l'assurée. Or il faut constater ici que l'intimé s'est contenté, à réception des deux rapports de la Dre

B. _____, de demander l'avis du SMR. Ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), l'OAI reste libre de prendre lui-même des

- 18 - mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, comme en l'espèce, obtenir l'avis d'un médecin du SMR (TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou par exemple, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (TF 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). Il suit de là que, dans le cas particulier, l'OAI s'est indéniablement limité à l'examen des conditions d'entrée en matière – ainsi que cela ressort, du reste, du libellé du mandat SMR établi le 31 août 2017 – et n'a pas débuté l'instruction de la nouvelle demande (voir dans ce sens TF 9C_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 5.1 ; voir également TFA I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2). La décision de l'OAI du 8 mars 2018 doit par conséquent être analysée sous l'angle d'un refus d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations introduite le 30 juin 2017. Ainsi, il y a lieu de considérer que la seule décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est celle du 30 juin 2014, entrée en force, comme cela est d'ailleurs mentionné dans la décision litigieuse.

E. 5

a) Dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante le 17 février 2022, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision entrée en force du 30 juin 2014 refusant des prestations à la recourante et la décision litigieuse du 27 juin 2022, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. En d'autres termes, le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision de refus rendue le 30 juin 2014 par l'office intimé. b) Sur le plan somatique, l'assurée présente des douleurs polyarticulaires avec des chutes, notamment le 13 décembre 2021 à Lavey-les-Bains en sortant d'une baignoire lors de son traitement de

- 19 - physiothérapie et en mars 2022 en marchant (cf. rapports des 4 et 7 avril 2022 des Drs M. _____ et Q. _____). L'assurée présente également une migraine chronique et un psoriasis multifocal traité par la Dre R. _____ (cf. rapport du Dr Q. _____ du 7 avril 2022). S'il s'agit incontestablement de nouvelles atteintes à la santé qui n'existaient pas lors de la première évaluation matérielle ayant abouti à la décision de refus de 2014, il ne suffit pas qu'une atteinte jusqu'alors non diagnostiquée le soit au moment d'une nouvelle demande pour justifier que l'OAI entre en matière sur cette dernière et procède à son instruction, mais il faut encore que l'atteinte nouvellement mise en évidence permette de tenir pour établi de façon plausible que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, 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 pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). En l'occurrence, une aggravation de l'invalidité de la recourante n'est pas rendue plausible dès lors que le Dr M. _____ ne se prononce pas sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, se limitant à faire état d'une exacerbation fluctuante. Les documents produits par la

recourante le 24 juin 2022 n'apportent pas non plus d'éléments susceptibles de rendre plausible une modification de l'invalidité depuis le précédent refus de prestations. En effet, le certificat du 4 avril 2022 du Dr M._____ déclarant la recourante inapte au travail de longue date et la prescription de séances de physiothérapie du 29 avril 2022 ne contiennent aucun étayage concret. Le rapport radiologique du 2 mai 2022 de la Dre D._____ ne contient aucun élément allant dans le sens d'une potentielle péjoration des atteintes somatiques. Si on y lit qu'il existe une rhizarthrose débutante caractérisée par des petits becs ostéophytaires et pincement de l'interligne articulaire, aucune notion de détérioration ne peut cependant être retenue, ce d'autant plus qu'un simple rapport radiologique ne contient aucune appréciation médicale circonstanciée attestant d'une péjoration de l'état de santé susceptible d'entraîner une modification de la capacité de travail. S'agissant des certificats du Dr F._____ du 13 juin 2022 et du Dr M._____ du 27 juin 2022, ceux-ci ne sauraient être pris en compte dès lors qu'ils ont été produits après que l'intimé a rendu sa décision du 27 juin 2022. Par

- 20 - ailleurs, force est de constater que la recourante n'a produit aucun rapport d'un rhumatologue traitant, ni de la Dre R._____, dermatologue, permettant de retenir que les atteintes alléguées la limiteraient de quelque façon que ce soit. On doit par conséquent admettre que rien, sur le plan physique, ne permet de conclure à une aggravation plausible de l'état de santé de la recourante. c) Sur le plan psychique, il y a lieu d'observer tout d'abord que les certificat d'arrêt de travail et attestation médicale du 16 juin 2022 du Dr Q._____ n'ont pas d'incidence dans le cas particulier, aucun raisonnement médical n'y étant développé. Pour le reste, il est vrai que si le Dr Q._____ a diagnostiqué le 7 avril 2022 un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.11 vers F32.2) avec en plus des troubles dissociatifs, son rapport n'est ni détaillé ni médicalement objectivé. Il se contente en effet de poser des diagnostics sans procéder à une anamnèse ni exposer l'évolution de l'état de santé de l'assurée alors qu'il dit la suivre de manière épisodique depuis le 17 janvier 1997, soit bien avant la première demande AI de 2014. Il ne fait pas non plus état d'un éventuel suivi hospitalier, ni d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicament en lien avec les troubles diagnostiqués. Au contraire, il a indiqué que c'était le médecin traitant de la recourante qui lui avait adressé la patiente pour un état anxieux et dépressif en lien avec une chute du 13 décembre 2021, ne permettant ainsi pas de déterminer la fréquence du suivi de la recourante. L'aggravation évoquée par le Dr Q._____ dès décembre 2021 compte tenu de l'apparition de troubles dissociatifs n'est ni étayée médicalement ni détaillée. Au vu du diagnostic d'amplification des symptômes retenus par les experts dans leur expertise du 21 mars 2014, il est d'autant plus important d'obtenir des données objectives pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante ce que le Dr Q._____ ne parvient en l'occurrence pas à établir, se contentant de faire

- 21 - mention d'une « incapacité totale de travailler, qui est inscrite dans une chronicité certaine depuis plusieurs années déjà » sans aucun développement permettant d'en valider l'authenticité. Dans ce contexte, retenir un diagnostic nouveau en fonction de constatations globalement identiques ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait qui ne rend pas plausible une modification notable de l'état de santé. En définitive, le Dr Q._____ n'indique pas en quoi les atteintes qu'il retient impliqueraient des limitations fonctionnelles nouvelles suffisamment notables pour qu'elles rendent plausible une

modification substantielle de l'état de fait susceptible d'ouvrir un droit aux prestations. d) A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante, qui n'a certes pas à apporter une preuve stricte de l'aggravation comme elle le soutient d'ailleurs à raison, n'a toutefois 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. 6

a) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, bénéficiaire du revenu d'insertion qui lui assure uniquement son minimum vital, l'assurée se trouve dans une situation d'indigence. Il y a donc lieu de lui octroyer l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et de l'exonérer de la franchise mensuelle à titre de participation aux frais de procès. b) 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

- 22 - 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Ils sont provisoirement supportés par l'Etat, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser le montant des frais de justice dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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