

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2008

Présidence de M. DIND
Juges : M. Jomini et M. Neu
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 3 RAI et 87 al. 4 RAI

E n f a i t :

A. a) C._____, née en 1962, originaire du Kosovo, mariée et mère d'un enfant, a travaillé en tant que femme de ménage pour l'entreprise I._____, de 1994 au 31 mai 2002. Elle a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 6 juin 2002, tendant à l'octroi d'une rente.

Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée le 19 mai 2003. Dans son rapport du 11 juin suivant, l'expert a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail de cervicarthrose modérée prédominant aux étages C5-C6 et C6-C7, symptomatique depuis 1999, et de conflit sous-acromial avec tendinopathie du sus-épineux, depuis 2001, l'expertisée présentant également une arthrose acromio-claviculaire non-symptomatique sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr J._____ conclut à une capacité de travail complète dans l'activité de femme de ménage.

Dans un rapport du 14 octobre 2003, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après: SMR), indique notamment que l'assurée présente une cervicarthrose modérée, symptomatique, que les traitements n'ont été que peu efficaces et que l'intéressée a développé depuis 2001 un conflit sous-acromial droit.

Par décision du 20 octobre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé diminuant de façon durable sa capacité de gain. Cette décision, qui n'a pas été contestée, est entrée en force.

b) Le 7 février 2006, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'une rééducation dans la même profession, d'un

placement, de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente.

Dans un courrier du 23 février 2006, l'OAI a fixé à l'assurée un délai de 30 jours pour rendre plausible une modification de son état de santé par des moyens pertinents, tels qu'un certificat médical décrivant et précisant la date de l'aggravation. Il était également précisé que si l'assuré ne donnait pas suite à cette demande ou s'il ne rendait pas plausible l'aggravation de son état de santé, l'OAI rendrait une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Dans une correspondance du 14 mars 2006, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que C._____ présentait des douleurs aux niveaux de l'épaule, de la nuque et de la colonne lombaire qui avaient augmenté depuis le début 2006, ainsi que des céphalées sur migraines ophtalmiques.

Le 3 avril 2006, le Dr X._____, du SMR, a estimé que le certificat du Dr H._____ ne faisait état que d'une aggravation subjective (douleurs) et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière.

Dans une décision du 7 avril 2006, confirmée par décision sur opposition du 3 décembre 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé de nature à influencer le droit à des prestations de l'AI.

B. C._____ a recouru contre la décision sur opposition du 3 décembre 2007, par acte du 17 janvier 2008, en concluant à ce que l'OAI entre en matière sur la demande du 7 février 2006. Elle a produit un certificat de la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, du 8 janvier 2008, aux termes duquel, depuis 2003, date à laquelle une rente lui avait été refusée, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré. Ce médecin atteste que les douleurs, très invalidantes, sont toujours présentes, bien que sur le plan purement

rhumatologique il n'y ait pas d'aggravation notoire. En revanche, la patiente présente un état anxio-dépressif sous-jacent avec des crises de panique, qui n'a pas été pris en considération à l'époque. La Dresse G. _____ propose ainsi qu'une évaluation psychiatrique soit effectuée.

Dans sa réponse du 27 février 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 22 août 2008, C. _____ a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité d'un taux à fixer selon ce que justice dira et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) afin d'établir l'incapacité de travail subie depuis le dépôt de la nouvelle demande de prestations AI. A l'appui de sa réplique, elle a produit un certificat de la Dresse G. _____ du 25 juin 2008.

Dans sa duplique du 16 septembre 2008, l'OAI expose que selon la jurisprudence, l'examen du juge 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 moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande (ATF 130 V 64). Il estime que l'intéressée n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation de son état de santé.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités

administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours est recevable en la forme, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA)

3. a) La décision attaquée est une décision de non-entrée en matière fondée sur l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201). En vertu de l'al. 4 de cette disposition, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré.

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux

principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; TF H 290/98 du 13 juillet 2000).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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.

Si cette procédure est respectée, le juge doit 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).

b) En l'espèce, l'intéressée a produit, dans le délai fixé par l'office intimé à réception de la demande de février 2006, un moyen de preuve, à savoir un certificat du 14 mars 2006 du médecin traitant, le Dr H._____. L'OAI n'était donc pas tenu de requérir d'autres éléments de preuve. En outre, compte tenu de la jurisprudence exposée ci-dessus (cf. consid. 3a), il n'y a pas lieu de prendre en compte les certificats médicaux de la Dresse G._____, ceux-ci n'étant pas connus de l'office intimé au moment où il a statué.

Dans son certificat, le Dr H._____ indique que les douleurs ont augmenté, sans faire état d'éléments diagnostiques supplémentaires. Dans l'avis SMR du 14 octobre 2003, établi après une expertise du Dr J._____, il est mentionné que l'assurée présente une cervicarthrose modérée, symptomatique, que les traitements ont été peu efficaces, et que la patiente a développé depuis 2001 un conflit sous-acromial droit.

S'agissant de la nouvelle demande, même si la recourante fait état de douleurs aggravées, elle n'a pas déposé, au moment où l'administration a statué, de certificat médical établissant les éléments objectifs (IRM ou rapport d'un spécialiste) ou subjectifs, par un rapport psychiatrique par exemple, d'une aggravation des douleurs.

Il n'y a dès lors pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'éléments suffisants pour retenir une aggravation de l'état de santé de l'assurée. L'OAI était ainsi fondé à prononcer une décision de non-entrée en matière.

4. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, il se justifie d'arrêter les frais de justice à 450 fr. et de les mettre à charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI et 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :