

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 février 2014

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Merz et Mme Dessaux  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 17 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** U. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1955, originaire de Turquie, sans formation, s'est établie en Suisse en 1985. Jusqu'en 2000, l'assurée a exercé diverses activités comme ouvrière. Elle n'exerce plus aucune activité lucrative depuis cette date.

Le 23 décembre 2002, l'assurée a déposé une première demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), invoquant des douleurs au bras et une maladie des artères.

Dans un rapport médical du 26 février 2003, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail:

- cervico-brachialgies gauche de topographie peu claire et non déficitaire
- hernie discale sous-ligamentaire C5-C6 gauche
- périarthrite scapulo-humérale gauche avec tendinopathie du sus-épineux et conflit sous acromial
- lombalgies simples sur troubles statiques et dégénératifs
- colopathie fonctionnelle
- migraine catemniale
- status après angioplastie d'une sténose récidivante dans l'artère sous-clavière gauche (09.2001)
- status après craniotomie ptériorale droite pour clipage de deux anévrismes non rompus, un de la bifurcation sylvienne droite et l'autre départ de l'artère choroïdienne antérieure droite (06.2001)
- status après angioplastie endoluminale d'une sténose de 95% sous-clavière gauche (11.2000).
- status après exploration chirurgicale, arthotomie exploratrice pour état douloureux invétéré et inexplicé de la base du premier rayon de la main droite (1998)
- status après opération de l'oreille droite (cause non connue, 1987)
- status après appendicectomie (date non connue).

L'OAI a soumis le cas à son service médical régional (ci-après: SMR) qui a considéré qu'un examen multidisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: COMAI) était nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée, l'accent étant mis sur le plan angiologique et rhumatologique. Selon le SMR, il appartenait aussi

aux examinateurs d'évaluer la nécessité d'un bilan psychiatrique, bien qu'il ne soit fait mention à aucun endroit d'un trouble psychique, selon les éléments du dossier à disposition.

Dans un rapport du 21 janvier 2005, qui faisait suite à un examen clinique effectué le 16 novembre 2004 par les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le COMAI a conclu que l'assurée ne présentait aucune pathologie significative atteignant un seuil de maladie justifiant une incapacité de travail, que ce soit sur le plan physique, psychique, mental ou social. De même, selon les experts, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à retenir.

Dans un rapport d'examen du 7 février 2005, le SMR, se fondant en particulier sur l'expertise précitée, a considéré que l'assurée ne présentait aucune pathologie somatique ou psychique du ressort de l'AI et, en l'absence de limitations fonctionnelles, a conclu à une capacité de travail exigible entière de l'assurée, dans toute activité.

Par décision du 9 février 2005, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée.

**B.** Le 27 février 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'assurance-invalidité. Comme atteintes à la santé, elle invoquait l'existence d'anévrismes cérébraux, de sténose carotide gauche, d'hypothyroïdie, d'hernie discale et d'hypertension artérielle.

L'assurée a été invitée par l'OAI à produire un rapport médical détaillé, attestant notamment du diagnostic invoqué et de l'aggravation de son état de santé.

En l'absence de toute réponse et constatant que l'assurée n'avait fait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande, l'OAI a établi, le 28 avril 2009, un projet de décision rejetant la demande de prestations.

Par courrier adressé le 26 mai 2009 à l'OAI, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Elle a produit notamment un rapport établi en septembre 2008 par le Service d'angiologie [...], qui faisait état d'une consultation de contrôle à la suite de la réalisation d'un pontage carotidien commun sous-clavier gauche.

Dans une attestation médicale du 9 juin 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a souligné que l'état général de la patiente s'était aggravé à cause de la progression des troubles dégénératifs, de la dégradation du réseau vasculaire avec l'apparition d'un angor, du déconditionnement physique, de l'angoisse et de la dépression. Selon ce praticien, le pronostic était mauvais, avec tendance naturelle à la péjoration constante. Il estimait au demeurant que la capacité de travail de la patiente était nulle, aucune réinsertion professionnelle n'étant à ses yeux possible.

Dans un avis médical du 26 janvier 2010, le SMR a estimé qu'il convenait de procéder à une instruction médicale, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan vasculaire étant plausible.

Un nouveau rapport médical a ainsi été établi le 14 mars 2010 par le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée.

Invité à se prononcer sur l'existence d'éléments médicaux nouveaux ou sur une éventuelle aggravation de l'état de l'assurée, le Dr W. \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé le 18 juin 2010 que le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucune affection nouvelle, ni aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée depuis l'expertise COMAI, les plaintes et le traitement - sous réserve du Sintrom - étant les mêmes et l'assurée étant déjà décrite par les experts comme n'accomplissant aucune tâche ménagère en 2005. Pour le surplus, les problèmes vasculaires avaient déjà fait l'objet de traitements itératifs depuis 2000 au niveau de l'artère sous-clavière gauche, le pontage de 2006 n'étant que la

suite du traitement et non le reflet d'une aggravation durable de l'état de santé.

Par décision du 28 juin 2010, l'OAI a adressé à l'assurée une décision rejetant la nouvelle demande de prestations, explicitant par courrier séparé que la contestation du 26 mai 2009 n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet de décision du 28 avril 2009 devant ainsi être entièrement confirmé.

**C.** Par acte déposé le 27 juillet 2010, U. \_\_\_\_\_ a déclaré recourir contre la décision précitée, contestant le refus de prestations prononcé par l'OAI. Elle fait état de diverses douleurs et difficultés qu'elle rencontre dans la vie quotidienne.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il renvoie à l'avis émis le 18 juin 2010 par le médecin du SMR.

Par courrier du 3 décembre 2012 au président de la Cour de céans, la recourante a confirmé sa volonté de poursuivre la procédure de recours et l'a informé en outre du dépôt d'une nouvelle demande de rente, le 29 février 2012.

Le 12 février 2013, l'OAI a adressé au Tribunal copie du rapport d'expertise psychiatrique rendu le 27 décembre 2012 par le Dr B. \_\_\_\_\_, ainsi que de l'avis médical du SMR y relatif, expertise réalisée dans le cadre de la nouvelle demande déposée par l'assurée.

Le 19 avril 2013, l'association Appartenances a adressé au Tribunal un rapport médical établi le 26 mars 2013 par la Dresse P. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique.

Le 22 mai 2013, l'OAI a considéré que le rapport médical de la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne remettait pas en cause sa position, se ralliant en cela

à l'avis médical émis le 21 mai 2013 par le SMR, qu'elle produit. Cela étant, l'intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours.

La recourante a déposé des déterminations complémentaires le 17 juin 2013 et confirmé qu'elle contestait la décision de refus de rente.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences minimales fixées par la LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par U. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 28 juin 2010 par l'OAI.

**2. a)** En l'espèce, la recourante s'est déjà vu opposer un refus de rente par l'autorité intimée, en 2005. La décision attaquée a donc été prise sur la base d'une nouvelle demande et le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'avis médical du SMR du 18 juin 2010 - qui ne retient aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée - peut être suivi.

**b)** Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 4 aRAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement 87 al. 3 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) déposée consécutivement à un refus de rente ou d'allocation pour impotent ou encore, par analogie, de mesures de réadaptation (cf. ATF 109 V 119 consid. 3a), sont les suivants: l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 aRAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 114 V 114 consid. 2b; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 2; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

**c)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 349 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

**3.**                   **a)** Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, l'invalidité pouvant résulter soit d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être

exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise

judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b; 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254; 9C\_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le

juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4.** Il y a lieu d'examiner si en l'espèce, un changement important des circonstances est intervenu entre la décision de l'OAI du 9 février 2005 - qui refusait déjà les prestations à l'assurée - et la décision attaquée du 28 juin 2010.

En l'occurrence, saisi d'une nouvelle demande de prestations formulée par U.\_\_\_\_\_, l'OAI, suivant en cela l'avis du médecin SMR, a décidé d'entrer en matière et d'instruire sur le plan médical, une aggravation de l'état de santé sur le plan vasculaire étant à ses yeux plausible. Un rapport médical complet a été demandé au médecin traitant de l'assurée, le Dr M.\_\_\_\_\_.

C'est ainsi que le SMR, par le Dr W.\_\_\_\_\_, a considéré, dans son avis médical du 18 juin 2010, que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2010 ne faisait état d'aucune affection nouvelle, ni d'aggravation objective de l'état de santé de l'assurée depuis le rapport d'expertise COMAI de janvier 2005. Selon le SMR, ce rapport est même en contradiction avec l'expertise dès lors qu'il retient une incapacité de travail depuis 2003 alors qu'une pleine capacité de travail a été reconnue en 2005 sur la base d'une expertise bidisciplinaire. Cette prise de position quant au rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, que le SMR écarte clairement, est ainsi fondée et emporte la conviction. Elle doit être suivie car les diagnostics dont fait état le Dr M.\_\_\_\_\_ en mars 2010 sont effectivement les mêmes que ceux sur lesquels s'était déjà prononcé le COMAI en 2005. Au demeurant, l'incertitude liée aux problèmes vasculaires a pu être levée, dès lors que le pontage effectué en 2006 n'est apparu que comme la suite d'un traitement antérieur et non comme une aggravation durable de l'état de santé de la recourante.

Dans ces circonstances, l'OAI pouvait se rallier à l'avis émis par son service médical pour nier à la recourante tout droit à des

prestations de l'AI, sa décision du 28 octobre 2010 étant à cet égard justifiée et ne pouvant qu'être confirmée.

On relèvera enfin que le rapport d'expertise psychiatrique établi fin 2012 par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une troisième demande de rente déposée par l'assurée, même s'il est postérieur à la décision attaquée, retient que le status psychopathologique présenté par l'intéressée au moment de l'entretien est pratiquement identique à celui qui était le sien en 2005, aucune pathologie ou trouble de la personnalité justifiant une incapacité de travail ne pouvant être retenu chez l'assurée qui s'attend à une reconnaissance de son état par l'OAI.

**5.** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent en l'espèce être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis, art. 49 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 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 rendue le 28 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante U.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Mme U.\_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :