

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Dind et Mme Pasche
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N. _____, à Renens, recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. Le 16 décembre 2002, N. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1957, divorcée et mère d'un enfant, serveuse puis ouvrière à plein temps dans la grande distribution jusqu'à la fin mars 2003, a déposé une première demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle exposait se trouver en incapacité de travail à 100% à compter du 4 septembre 2002 et disait souffrir de fibromyalgie, d'état dépressif, d'ostéopénie, d'un tunnel carpien bilatéral débutant et d'un phénomène de Raynaud. Elle faisait dater les premières douleurs de 1996.

Dans un rapport médical du 22 janvier 2002, le Dr A. _____, médecin généraliste au Centre [...] de [...], indiquait avoir été consulté depuis le 5 septembre 2002 (recte: 2001) en raison de douleurs cervico-scapulaires et de douleurs aux deux mains lors de contacts avec certains objets froids, ce qui évoquait un phénomène de Raynaud.

Dans un rapport médical du 5 décembre 2002, le Prof. Z. _____ et le Dr E. _____ du Service de médecine A du [...] ([...]), ont posé les diagnostics d'ostéopénie trabéculaire et corticale, d'état dépressif chronique avec syndrome somatique douloureux (rachialgies diffuses, cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche, lombalgies avec discopathie L5-S1 et gonalgies bilatérales) ainsi que de surcharge pondérale.

Dans un rapport médical du 8 octobre 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr V. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis la mi-janvier 2003, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie et de syndrome anxio-dépressif. Il a précisé dans son anamnèse que sa patiente présentait d'importantes douleurs cervico-dorso-lombaires accompagnées

de douleurs également dans les membres et d'un état anxio-dépressif alors présent depuis un peu plus d'une année.

A l'occasion de l'instruction de la demande, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...] de [...]. Dans son rapport du 15 août 2005 établi consécutivement à des examens cliniques effectués les 22 juin et 19 juillet 2005, cet expert a posé les diagnostics suivants (selon la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux [DSM-IV-TR], dans sa version datant de 2003):

"Axe I Episode dépressif majeur de gravité légère à moyenne chronique
 Trouble somatoforme indifférencié
Axe II Personnalité à trait histrionique
Axe III* Cf. spécialiste concerné
Axe IV Stress professionnel; pas de facteur de stress aigu

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre,"

Se prononçant sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée en fonction des troubles psychiatriques mis en évidence, l'expert l'a évaluée à un minimum de 70% dans la dernière activité exercée moyennant un aménagement éventuel, de sorte qu'un reclassement professionnel n'apparaissait pas indiqué.

Dans un rapport d'examen du Service Médical Régional (SMR) pour la Suisse romande du 2 décembre 2005, la Dresse D._____ a fait part de son appréciation de la situation médicale. Il en résultait que l'assurée ne présentait aucune comorbidité psychiatrique invalidante liée à son trouble somatoforme douloureux, l'état dépressif majeur léger à moyen chronique ne présentant pas un degré d'intensité suffisant pour que le caractère invalidant du trouble somatoforme puisse être exceptionnellement admis. S'écartant des conclusions retenues par l'expert psychiatrique (le Dr X._____), la Dresse D._____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était totale dans son ancienne activité.

Par décision du 8 décembre 2005, confirmée selon décision sur opposition du 23 janvier 2007, l'OAI a rejeté la demande. Il a considéré que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail et de gain malgré les troubles somatoformes et dépressif dont elle souffrait.

B. Le 21 février 2007, l'assurée a fait recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Statuant par jugement du 19 octobre 2007 (TASS 19 octobre 2007/234), cette instance a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition attaquée. Le tribunal a forgé son opinion sur la base des constatations médicales de l'expertise psychiatrique du Dr X. _____ ainsi que sur la prise de position du 2 décembre 2005 de la Dresse D. _____ du SMR. L'avis médical émis le 23 mars 2006 par le Dr V. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant - produit par l'assurée à l'appui de ses objections formulées à l'encontre de la décision de rejet du 8 décembre 2005 -, attestant d'un symptôme anxio-dépressif qualifié de comorbidité psychiatrique grave et d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, n'a pas été suivi par les juges cantonaux.

C. Le 29 septembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes. Elle a produit un certificat médical établi le 26 août 2009 par son médecin traitant, le Dr V. _____, dont la teneur est la suivante:

"Le Médecin soussigné certifie que la patiente susnommée est suivie à sa consultation depuis de nombreuses années.

Son état se péjore avec aggravation des douleurs de sa fibromyalgie. Les douleurs sont situées dans la région cervico-dorso-lombaire, à la hanche droite et aux deux mains.

Cette symptomatologie est accompagnée d'un syndrome anxio-dépressif. Notons encore que Madame N. _____ présente des céphalées tensionnelles et également une ostéopénie.

Madame N. _____ est toujours en incapacité de travail à 100%; une reprise de travail à 50% avait conduit à un échec il y a quelques années.

Le pronostic chez cette patiente reste sombre et une reprise d'activité, même adaptée et dans un pourcentage limité, ne me semble pas possible dans la situation actuelle.

Sur le plan social, la situation de la patiente est difficile en raison de ses moyens financiers très limités, entraînant entre autre un certain isolement social.

Actuellement la patiente est sous traitement de Co-Dafalgan, Ecofenac crème, Sportusal spray, Calcimagon D3, AINS (Olfen 50), (un traitement d'Anafranil mal supporté a dû être stoppé)."

Dans un courrier du 30 septembre 2009 adressé à l'assurée, l'OAI a indiqué que la nouvelle demande ne pouvait être examinée en vertu des dispositions légales applicables que s'il était établi, de façon plausible, que l'invalidité ou l'impuissance de l'assuré s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'OAI a imparti un délai de trente jours à son assurée pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision de son droit aux prestations.

Dans un avis médical SMR daté du 11 décembre 2009, le Dr P. _____ a mentionné que le certificat médical précité n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux pouvant étayer l'aggravation de l'état de santé alléguée par le médecin traitant, de sorte qu'il ne se justifiait pas de rentrer en matière sur la demande de prestations.

Par projet de décision du 17 décembre 2009, entièrement confirmé selon décision du 24 juin 2010, l'OAI a refusé de rentrer en matière sur la demande de prestations. Il a considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle depuis le rejet de sa précédente demande. Une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas suffisante.

D. N. _____ fait recours contre cette décision de refus par acte du 27 août 2010. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de son dossier à l'OAI afin que ce

dernier entre en matière sur sa demande de prestations du 29 septembre 2009 après complément d'instruction (une nouvelle expertise psychiatrique devant être mise en œuvre). La recourante est d'avis que le certificat médical établi le 26 août 2009 par son médecin démontre, à tout le moins de manière plausible, une aggravation des problèmes de santé et que, désormais, sa fibromyalgie a un caractère invalidant. En effet, ce certificat médical atteste une aggravation des douleurs dans la région cervico-dorso-lombaire, à la hanche droite et aux deux mains. Par ailleurs, la recourante présente désormais un syndrome anxio-dépressif et des céphalées tensionnelles; elle se trouve toujours en incapacité de travail à 100% (cristallisation de son état psychique depuis huit ans) et les espoirs quant à une amélioration de son état de santé ne se sont manifestement pas concrétisés. Enfin, elle fait désormais face à un tel isolement social qu'elle a dû faire appel à un Centre Médico Social (CMS) pour la tenue de son ménage et pour l'accomplissement de son repassage. La recourante relève en outre que le diagnostic d'ostéopénie posé par son médecin traitant selon certificat du 26 août 2009 n'avait pas été pris en compte à l'occasion de la première demande de prestations. La recourante n'a pas produit de nouvelles pièces à l'appui du recours.

Le 1^{er} février 2011, l'OAI propose le rejet du recours, estimant son refus d'entrer en matière fondé.

Le 25 février 2011, la recourante requiert de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, à titre de moyens de preuves, l'audition de son médecin traitant (le Dr V. _____) ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi

fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé en temps utile, soit dans le délai légal (art. 60 LPGA) compte tenu des fêtes d'été courant du 15 juillet au 15 août 2010 inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition est également applicable lorsque le droit à la rente a été fixé, à l'issue d'une procédure de recours, par un jugement entré en force.

b) Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances postérieure à cette décision ou à ce jugement. L'assuré doit toutefois déposer une nouvelle demande et établir de façon plausible une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss).

Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (Vallat, op. cit., p. 396).

3. En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations, qui a été rejetée par décision du 8 décembre 2005 et décision sur opposition du 23 janvier 2007. Cette dernière décision a été confirmée par un jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 19 octobre 2007 (TASS 19 octobre 2007/234), qui est entré en force.

Dans la présente procédure, la recourante conteste un refus de l'OAI d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Il s'agit donc uniquement de déterminer si la recourante a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

4. La recourante a demandé l'administration de preuves nouvelles par le tribunal (audition du Dr V. _____ et mise en œuvre d'une expertise). Compte tenu de l'objet de la procédure, qui porte uniquement sur le point de savoir si les pièces remises à l'OAI par la recourante rendaient plausibles ses allégations relatives à une péjoration de son état de santé, il n'y a pas lieu d'administrer de nouveaux moyens de preuve.

5. La seule pièce produite par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande devant l'OAI est un certificat établi le 26 août 2009 par le Dr V. _____.

a) Dans son certificat, le médecin traitant note en premier lieu une aggravation des douleurs causées par la fibromyalgie, lesquelles sont

localisées en région cervico-dorso-lombaire, à la hanche droite ainsi qu'aux deux mains. Cette symptomatologie étant accompagnée d'un syndrome anxio-dépressif, la recourante présentant également des céphalées tensionnelles ainsi qu'une ostéopénie.

A lecture des pièces au dossier, on constate que dans son rapport médical du 22 janvier 2002, le Dr A. _____ faisait déjà état de la présence de douleurs cervico-scapulaires et de douleurs aux deux mains (évoquant un phénomène de Raynaud). Il précisait à ce propos suivre la recourante depuis septembre 2001. Ces affections se recoupaient également avec les diagnostics tels que posés le 5 décembre 2002 par les médecins du [...] (notamment une ostéopénie trabéculaire et corticale, un état dépressif chronique avec syndrome somatique douloureux entraînant des rachialgies diffuses, des cervico-brachialgies bilatérales à prédominance à gauche, des lombalgies en L5-S1 et des gonalgies bilatérales). En outre, dans un rapport médical du 8 octobre 2003 établi à l'intention de l'OAI, le médecin traitant de la recourante avait lui-même diagnostiqué une fibromyalgie et un syndrome anxio-dépressif en tant qu'atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente. Il précisait à ce titre que cette dernière présentait d'importantes douleurs cervico-dorso-lombaires accompagnées de douleurs également dans les membres. Dans un avis médical datant du 23 mars 2006 rédigé par le Dr V. _____ - et produit par la recourante à l'appui de son recours du 21 février 2007 au Tribunal des assurances -, le médecin traitant qualifiait le syndrome anxio-dépressif diagnostiqué depuis octobre 2003 de "comorbidité psychiatrique grave" accompagné d'une perte d'intégration sociale à l'époque de l'expertise mise en œuvre par l'intimé. L'ensemble de ces constatations n'avaient au final pas été retenues par le Tribunal cantonal, lequel avait privilégié, dans son jugement du 19 octobre 2007, les résultats de l'expertise du Dr X. _____ du 15 août 2005 ainsi que les éléments mis en évidence par la Dresse D. _____ dans son rapport du 2 décembre 2005.

A l'aune de l'ensemble de ces éléments, il appert que les atteintes à la santé relatées par le Dr V. _____ dans son certificat de la fin août 2009 étaient déjà présentes et diagnostiquées chez sa patiente

bien avant que ne soit rendue la décision sur opposition de refus du 23 janvier 2007. Force est par ailleurs de relever que dans son certificat médical du 26 août 2009, le Dr V._____ n'expose pas ce qui aurait réellement changé dans l'état de santé de la recourante. Il n'indique notamment pas que l'évolution de l'état anxio-dépressif aurait rendu nécessaire une adaptation de la médication ou la consultation d'un spécialiste et paraît plus attribuer l'isolement social aux moyens financiers limités de la recourante qu'à une aggravation de son état de santé. Quant à l'ostéopénie diagnostiquée, elle ne saurait être comprise pour elle-même en tant qu'affection invalidante, le Dr V._____ n'expliquant pas en quoi pourraient consister ses effets concrets sur la capacité de travail de la recourante. Elle avait au demeurant déjà été constatée dans les rapports médicaux produits dans la procédure qui a conduit au jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 19 octobre 2007.

b) La recourante a en outre précisé dans son recours qu'elle devait désormais faire appel à un "CMS" pour la tenue de son ménage ainsi que pour réaliser son repassage. Elle n'a cependant produit aucune pièce probante à l'appui de ses allégations, de sorte que celles-ci ne sauraient être tenues pour établies en l'espèce.

c) La recourante fait également valoir que les espoirs quant à une amélioration de son état de santé ne s'étant pas concrétisés, il en découle une aggravation de sa santé. Il est ici le lieu de rappeler qu'à l'occasion de la première demande de prestations, tant l'administration que par suite le Tribunal cantonal ont évalué la capacité de travail de travail résiduelle de la recourante indépendamment de toute éventuelle amélioration de la symptomatologie dépressive, quand bien même il a été souligné qu'une évolution favorable pouvait être espérée. Que cette évolution ne se soit en définitive pas produite comme espéré ne saurait justifier par conséquent l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

d) Enfin, le seul fait que la recourante n'ait pas repris d'activité professionnelle malgré la capacité de travail résiduelle tenue pour établie par jugement du 19 octobre 2007, et que son état de santé soit demeuré sans amélioration depuis lors, ne permet pas de conclure qu'une incapacité de travail serait désormais établie en raison d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, alors que les autres critères posés par la jurisprudence pour établir une incapacité de travail en cas de troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie ne sont pas remplis (cf. TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TFA I 800/2004 du 30 mars 2006, consid. 5.1).

Partant, c'est à bon droit que l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 29 septembre 2009.

6. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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. 1 bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD a contrario).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 24 juin 2010 par l'Office AI pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cent 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 :

- DAS Protection Juridique SA (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :