

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Dind et Zbinden, assesseur
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

T._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,
service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée), née en 1965, a déposé en février 2007 une demande de prestations AI (demande de rente).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux. Dans un avis du 23 avril 2008, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a résumé ainsi la situation, sur le plan médical :

"Cette assurée portugaise de 43 ans, sans formation et ne parlant pas français, travaillait comme ouvrière dans une exploitation maraîchère; elle est en incapacité de travail depuis le 1^{er} décembre 2005 (licenciée au 31 mai 2006) pour ce qui était initialement des lombosciatalgies banales sur lesquelles se sont progressivement greffés de multiples autres problèmes: insomnies rebelles, syndrome des jambes sans repos mal toléré, mais surtout un état dépressif important. Les différents traitements institués ont eu peu d'effet; une prise en charge psychiatrique chez un psychiatre parlant portugais a débuté fin 2006; dans son rapport de mars 2007, ce médecin rapporte un état stationnaire, avec une «décompensation dépressive et anxieuse en partie liée aux problèmes du milieu de vie et l'incurabilité des troubles somatoformes, avec des crises de panique et deuil pathologique chez une personnalité à organisation psychologique probablement psychotique»; il estime la capacité de travail nulle définitivement comme ouvrière sans possibilité de réadaptation."

Le SMR a préconisé un examen clinique psychiatrique et rhumatologique, qui s'est déroulé au début du mois de septembre 2008 à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Les médecins de la CRR ont déposé leur rapport d'expertise le 8 septembre 2008, en retenant notamment comme diagnostic un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans répercussion sur la capacité de travail. A ce

propos, ils ont exposé ce qui suit (appréciation sur la base du rapport d'une psychiatre de la CRR):

"Dans un tel contexte, il convient d'analyser quelles sont les singularités psychiques qui conditionnent l'autolimitation décrite ci-dessus et de déterminer si ces singularités ont une portée suffisante pour amputer la capacité de travail. Mme T. _____ se présente à l'entretien psychiatrique comme une femme de taille moyenne, un peu forte, mais de bonne présentation. L'entretien est mené avec l'aide d'un traducteur; l'assurée est capable d'intervenir en français. Son discours est cohérent. On n'observe pas de troubles attentionnels ou mnésiques grossiers, ni d'éléments évoquant un déficit intellectuel. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'état d'agitation. La thymie est légèrement abaissée, l'assurée pleurant à l'évocation de bouleversements existentiels qu'elle met en relation avec ses problèmes de santé. Lorsqu'elle aborde sa relation avec sa fille, elle exprime un sentiment de culpabilité. Toutefois, on ne relève pas de signes orientant vers un trouble dépressif majeur tel qu'idées de ruine, suicidaires manifestes ou de dévalorisation. Le trouble du sommeil et la fatigabilité sont selon l'intéressée liés aux douleurs. Il n'y pas de signes patents de la lignée psychotique tels que délire, hallucinations ou trouble du cours de la pensée. Concernant sa personnalité, des traits passifs et dépendants sont perceptibles.

Un syndrome douloureux somatoforme persistant peut sans autre être retenu chez cette femme qui exprime un sentiment de détresse au travers de plaintes douloureuses en disproportion manifeste avec les bases organiques. Ces discordances ont été évoquées dès le début de l'année 2006 puis le diagnostic a été confirmé par le psychiatre traitant. L'état douloureux s'est développé dans le cadre d'une surcharge globale (découverte d'une thrombopénie, investigation de troubles respiratoires, isolement social, licenciement, problèmes financiers). Les différents traitements à visée somatique n'ont pas eu d'influence sur l'évolution qui s'est soldée par l'adoption d'un statut d'invalidé.

A la question précise d'une comorbidité, en particulier d'un trouble dépressif, il faut répondre par la négative. Mme T._____ présente certes une tendance dépressive depuis l'apparition des douleurs multiples. Actuellement toutefois, le diagnostic de dépression majeure ne peut plus être retenu. A analyser les différents rapports émanant du dossier, ses symptômes semblaient plus préoccupants en 2006. Leur intensité est probablement atténuée par le traitement antidépresseur. Par ailleurs, bien qu'elle ne se reconnaisse pas de problème psychologique, l'assurée accepte un soutien psychothérapeutique depuis 2 ans, ce qui peut contribuer à une certaine amélioration. Les symptômes psychiques actuels (trouble du sommeil, fatigue, perte de motivation, ruminations, passivité) sont de degré léger et peuvent être assimilés à une dysthymie, elle-même réactionnelle au syndrome douloureux somatoforme persistant. S'il existe par ailleurs une certaine fragilité de personnalité (à traits dépendants), cette singularité n'atteint toutefois pas le seuil d'un trouble de la personnalité selon les critères des classifications internationales (CIM 10).

On doit donc considérer que Mme T._____ dispose de ressources suffisantes pour assumer un emploi rémunéré. Bien qu'elle se dise isolée, elle garde un réseau social et d'excellents contacts avec sa famille. Malgré ses allégations de handicap, on comprend qu'elle arrive à faire face aux exigences de sa vie quotidienne et assume en partie l'éducation de sa fille, son rôle de mère et quelques tâches administratives. Son comportement en situation réelle de travail est certes marqué par la lenteur. Toutefois, le faible rendement observé en ateliers professionnels ne trouve pas d'explication proprement médicale; ces performances médiocres sont liées au phénomène d'"autolimitation bien mis en exergue au cours des évaluations précédentes (approche médicale, ECF)."

B. Par une décision formelle du 5 janvier 2009, l'Office AI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations de l'AI. Cette décision retient, sur la base des renseignements médicaux du dossier et plus particulièrement de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, que l'assurée ne présente aucune atteinte invalidante au sens des règles sur l'assurance-invalidité.

C. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a contesté l'appréciation de l'expert psychiatre de la CRR, en produisant un avis de son psychiatre traitant, le Dr K. _____ à Yverdon. Celui-ci mentionnait notamment un état régressif (dépressif-anxieux) ne permettant pas à l'intéressée d'être rentable dans une activité quelconque, vu sa difficulté à se concentrer et à mener à bout ses tâches ; il était donc irréaliste de prétendre qu'elle pouvait travailler à 100 % (conclusion du rapport du 11 février 2009). Le Dr K. _____ indiquait également ceci :

"Depuis la 1^{ère} consultation de Madame T. _____ dans mon cabinet, le 6 octobre 2006, la situation est restée telle quelle, sans amélioration symptomatique. Au travers de mon suivi, je ne constate pas d'amélioration de son état dépressif après mon rapport à l'AI du 20 mars 2007, comme l'affirme la psychiatre expert de la Clinique romande de réadaptation dans son rapport du 3 septembre 2008. Sans suivi dans le temps, il me semble hasardeux et inadéquat d'affirmer qu'il y a une amélioration vu l'impossibilité de comparaison! Par contre, l'observation et la perception dynamique permettent de dire si la malade est ou non déprimée, est ou non angoissée."

La Cour des assurances sociales a rejeté le recours, et confirmé la décision attaquée, par un arrêt rendu le 9 juin 2010 (CASSO AI 78/09 - 225/2010). Elle a considéré, en substance, que l'avis des experts de la CRR était probant, aussi bien à propos des troubles somatiques que des atteintes d'ordre psychiatrique ; sur ce dernier point, l'arrêt expose en particulier les motifs de ne pas retenir l'avis du psychiatre traitant (p. 16 de l'arrêt).

D. Le 16 juillet 2010, l'assurée a envoyé à l'Office AI un rapport du 12 juillet 2010 qu'elle avait demandé, le 1^{er} juillet précédent, au Dr K. _____. Elle expliquait que ce rapport démontrait une aggravation de son état de santé.

Ce dernier rapport du Dr K. _____ comporte les passages suivants :

"Suite aux conclusions de l'expertise psychiatrique et orthopédique faite à la Clinique de réadaptation romande à Sion, le 3 septembre 2008, concluant à une maladie non-invalidante avec capacité de travail à 100%, aggravation nette et massive de l'état dépressif avec accentuation de la régression. La malade n'a pu accepter cette "injustice" et se retire encore davantage dans son isolement pour se protéger du monde environnant ressenti comme trop injuste et menaçant.

L'incontinence affective avec pleurs pour un rien, le désespoir et les idées suicidaires davantage présente.

Nouvelle décompensation anxieuse et dépressive avec réaction de panique et augmentation de la régression lors du refus au Tribunal cantonal, il y a deux semaines environ.

[...]

D'une façon globale, en mettant ensemble les limitations somatiques et psychiques de cette patiente, il me semble que dans sa situation actuelle, vu l'aggravation depuis la connaissance des conclusions de l'expertise à Sion et du dernier refus du Tribunal cantonal, elle n'arrivera pas à donner un rendement supérieur à 20 voire 30%. Sous le point de vue psychique, l'incapacité oscille entre 50-60%.

Dans une activité adaptée, la patiente devrait pouvoir changer de position toutes les 15-20 minutes, arrêter quelques minutes pour se reposer, ne pas porter de gros poids (5-10 kg), ne pas monter sur des échelles ni passer rapidement de la position baissée à debout (vertiges avec risques de chute). Néanmoins, son rendement ne dépasserait pas quelques 20-30% du normal. Je ne parle pas des hémorragies fréquentes avec nécessité d'aller à l'hôpital et d'arrêter toute activité quelques heures. Je ne vois pas l'activité qu'elle pourrait réaliser dans ces conditions. De plus, ses insomnies, liées au syndrome des jambes sans repos, ne lui permettent pas de se reposer suffisamment pendant la nuit, et le lendemain part déjà très fatiguée pour toute activité.

5. Pronostic

Extrêmement négatif vu surtout l'état régressif et les crises de panique mais aussi son état dépressif et ses ruminations suicidaires. Il me semble presque impossible une amélioration de son état psychique mais aussi somatique (prise de 30 kg de poids avec toute la cortisone) lui permettant une reprise de travail. Prétendre que la patiente est capable de travailler à 100% suppose une perception tout à fait irréaliste de la situation ou la conviction ferme qu'elle simule et n'est point malade."

Le 4 août 2010, l'assurée a produit un avis écrit de son généraliste, le Dr C._____, à Yverdon-les-Bains qui, sans autre précision, mentionne une « aggravation depuis le 27 février 2010 », date d'une « cholécystite aiguë opérée » (inflammation de la vésicule biliaire). Il ressort d'une lettre du 13 juillet 2010 du chirurgien Dr U._____, de l'Etablissement Hospitalier du Nord Vaudois, qu'une cholécystectomie a été pratiquée le 4 mars 2010 et que le pronostic est favorable (« il ne devrait pas y avoir de séquelle de cet épisode »).

Le SMR (Dr P._____) a donné un avis le 15 septembre 2010 au sujet de ces nouveaux documents médicaux. Il a exposé ce qui suit :

"Il convient de considérer que les troubles observés par le Dr K._____ sont réactifs à la décision du tribunal et devraient s'amender rapidement avec le temps.

Il ne s'agit donc en aucun cas de l'aggravation d'une maladie psychiatrique au sens de la classification internationale.

Le Dr C._____ rapporte un état anxio-dépressif chronique pris en compte dans l'instruction SMR, une cholécystite opérée, donc traitée et une hématurie qui s'inscrit dans le cadre de la thrombopathie prise en compte dans l'instruction initiale du SMR.

Il n'y a pas de fait nouveau."

E. Le 23 septembre 2010, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrer en matière. Se référant à l'avis du SMR, il a considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

L'assurée a présenté ses objections ; elle a encore produit quelques rapports médicaux, sur lesquels le SMR a pris position ainsi le 14 février 2011 :

"Le syndrome des apnées du sommeil [SAS] avait été évoqué par le Dr [...] dès 2006. Avec des anomalies à 9/heure, le diagnostic de SAS n'avait pas alors été retenu. En août 2010, le Respiratory Disturbance Index est à 22/heure, ce qui définit un SAS modéré. En effet, la sévérité du syndrome d'apnée/hypopnée du sommeil est définie par le Respiratory Disturbance Index (RDI): Le RDI est la somme des Respiratory Related Arousal + hypopnées + apnées/heure de sommeil. Un syndrome d'apnée/hypopnée du sommeil est considéré comme discret si le RDI est entre 5 et 15/heure de sommeil, moyen si le RDI est de 15 à 30/heure de sommeil et sévère si le RDI est supérieur à 30/heure de sommeil. Les critères nocturnes sont la présence de plus de 5 événements respiratoires obstructifs par heure de sommeil, soit des épisodes de majoration de l'effort respiratoire (Respiratory Related Arousal, RERA), soit des diminutions (hypopnées, HO), soit des arrêts (apnées, AO) du flux respiratoire, soit une combinaison de ces événements.

Ce type de problème répond habituellement de façon spectaculaire au traitement prescrit comme l'écrit le Dr [...] dans son courrier du 24 janvier 2011, et ne saurait constituer la base d'une incapacité de travail durable.

L'asthme, bien stabilisé d'après le pneumologue a été pris en compte dans l'appréciation du SMR.

Il n'y a donc pas d'éléments nouveaux de la sphère médicale, le syndrome des jambes sans repos étant connu de longue date.

Nous maintenons notre position."

L'Office AI a rendu le 10 mars 2011 une décision formelle de refus d'entrer en matière, en se référant à l'avis du SMR et en retenant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation objective durable de son état de santé, de nature à influencer son droit aux prestations.

F. Le 12 avril 2011, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'Office AI. Elle conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de l'affaire à l'Office AI pour entrée en matière sur la nouvelle demande du 16 juillet 2010 et nouvelle décision après instruction.

La recourante a produit une lettre du 4 avril 2011 du Dr C._____, qui relève que le problème d'apnée du sommeil n'a pas été réglé, et qui estime qu'il est clair que l'état anxio-dépressif va en en s'aggravant et « qu'il ne peut être considéré comme réactionnel puisqu'il ne s'est pas amélioré depuis plusieurs mois malgré des séances hebdomadaires chez le psychiatre ».

Il n'a pas été demandé à l'Office AI de répondre au recours. Cet Office a seulement été invité à produire son dossier.

H. Le recours contient une demande d'assistance judiciaire (dispense de fournir une avance de frais).

E n d r o i t :

1. Le recours a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. La recourante critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle se réfère au rapport du 12 juillet 2010 du Dr K._____, qui d'après elle mentionne très clairement une aggravation nette et massive de son état dépressif suite aux conclusions de l'expertise CRR du 3 septembre 2008, ainsi qu'une nouvelle décompensation à l'occasion du rejet du recours par le Tribunal cantonal. Elle soutient que le Dr C._____ a confirmé cette aggravation. Pour la recourante, les derniers avis des Drs K._____ et C._____ constitueraient des preuves suffisantes d'une aggravation.

a) La lettre de la recourante à l'Office AI du 16 juillet 2010 - qu'elle présente comme une nouvelle demande de prestations, nonobstant la non-utilisation du formulaire officiel, et que l'Office AI a traitée comme telle - a été envoyée un mois environ après la communication de l'arrêt de la Cour des assurances sociales confirmant un refus de prestations. Cette nouvelle demande a été déposée 18 mois après la première décision négative de l'Office AI.

Dans ces circonstances, l'Office AI était tenu d'appliquer la réglementation de l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201). Selon l'alinéa 3 de cette disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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). Ce régime juridique, qui fixe des conditions de recevabilité, tend à éviter que l'institution d'assurance soit constamment tenue de se prononcer sur l'état de santé ou le degré d'invalidité d'un assuré, sur la base de demandes répétitives ou dépourvues de motivation au sujet du changement des circonstances (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

b) 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. 3 RAI et que l'assuré critique ce refus. Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut examiner 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. Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas dans la présente espèce, dès lors que l'Office AI n'est pas entré en matière.

Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'Office AI à partir du mois de juillet 2010, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

A l'évidence, comme cela est exposé dans les avis du SMR, les renseignements médicaux fournis par la recourante se bornent pour l'essentiel à décrire une situation prévalant depuis de longues années. La recourante prétend que deux de ses médecins traitants, les Drs K. _____ et C. _____, auraient donné des indications rendant vraisemblable une aggravation de son état de santé. Or le Dr K. _____ fait état, le 12 juillet 2010, d'une aggravation à partir de la connaissance de l'expertise CRR de septembre 2008 ; cela n'avait pas été mentionné par ce médecin auparavant, notamment dans son rapport du 11 février 2009 (lorsqu'il décrivait l'évolution de l'atteinte sur le plan psychiatrique, dans le cadre de la précédente procédure de recours). Il faut en déduire que l'« accentuation de la régression » à partir de septembre 2008, si elle avait été de nature à contredire le diagnostic des experts de la CRR, aurait été signalée de manière claire par la recourante ou par son médecin traitant avant l'arrêt du 9 juin 2010. Comme cela n'a pas été le cas, il faut considérer qu'il s'agit d'un élément qui n'était pas déterminant pour le médecin traitant à l'époque, et que ce dernier mentionne maintenant pour rappeler qu'il persiste à ne pas partager l'avis des experts de la CRR.

Le Dr K. _____ mentionne par ailleurs une décompensation (au début juillet 2010) après le rejet du précédent recours par la Cour de

céans (information reçue une vingtaine de jours auparavant) ; cela ne permet toutefois pas de rendre plausible une aggravation durable d'une maladie psychique et le psychiatre traitant n'a pas, ultérieurement, contredit l'avis du SMR selon lequel une telle décompensation, réactive à la connaissance de la décision du tribunal, est un trouble qui doit normalement s'amender rapidement. En définitive, on comprend que pour le Dr K._____, une « amélioration suffisante » de l'état psychique de la recourante n'est pas envisageable en l'état (selon la conclusion de son rapport). Cela ne signifie pas qu'une réelle aggravation est intervenue.

De son côté, le Dr C._____ a donné des indications plutôt laconiques, en réponse à des questions qui lui étaient posées par la recourante. Il atteste lui aussi d'une absence d'amélioration sur le plan psychiatrique, ce qui ne signifie pas pour autant une aggravation déterminante.

Enfin, s'agissant des troubles somatiques (apnées du sommeil en particulier), la recourante ne prétend pas, dans son recours au Tribunal cantonal, qu'elle aurait rendu plausible une aggravation lors de sa nouvelle demande de prestations AI.

c) Il apparaît donc clairement que l'Office AI était fondé, sur la base des indications qui lui ont été fournies par l'assurée, à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision ou de nouvelles prestations. Les griefs de la recourante sont ainsi manifestement mal fondés. La Cour peut en conséquence statuer immédiatement, sans demander de réponse ni compléter d'une autre manière l'instruction (art. 82 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), et prononcer le rejet du recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. Il n'a pas été statué en l'état sur la requête d'assistance judiciaire. Conformément à l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés.

Il ressort des considérants précédents que le recours est manifestement mal fondé. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée.

4. La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 10 mars 2011 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 de justice, arrêtés à 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge de la recourante T._____.

- V.** 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 :

- Procap (pour Mme T._____)
- 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 :