

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2013

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

F. _____, à Gland, recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1961, est arrivée en Suisse en 1993. Mère de 4 enfants nés en 1984, 1989, 1992 et 1993, elle ne dispose d'aucune formation professionnelle. Femme au foyer, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.

a) Le 2 mars 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) sollicitant l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle et d'une rente en faisant état, s'agissant du genre de l'atteinte, de "douleurs lombaires qui engendrent des douleurs à la jambe gauche et douleurs à la nuque et à la tête". Le 17 mars 2009, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % dans le cadre de travaux de nettoyage par nécessité financière et ce, depuis 2000 (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 16 avril 2009, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de lombalgies gauches, sans attester une incapacité de travail. Il a produit un courrier du 31 octobre 2008 du Dr Y._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, lequel a mentionné que l'intéressée présentait depuis de nombreuses années des lombalgies gauches à caractère mécanique irradiant sur la face latérale de la cuisse droite jusqu'à la cheville, des cervicalgies basses permanentes particulièrement lors du décubitus, ainsi que des céphalées en casque particulièrement lors de tensions nerveuses. A l'issue d'un examen clinique et d'un bilan radiologique, le Dr Y._____ a estimé qu'il convenait d'envisager une prise en charge globale bio-psychosociale pour traiter les rachialgies, sous la forme d'une physiothérapie (avec exercices actifs et passifs, assouplissement de l'ensemble de la musculature, notamment des ceintures scapulaire et pelvienne, assouplissement du rachis dorsal,

tonification de la musculature abdominale), d'une école du dos, de gymnastique à raison de 2x/semaine, d'apprentissage du français et de prise en charge par la famille.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR). Par avis médical du 18 juin 2009, le Dr H._____ a relevé que le dossier ne contenait ni status, ni diagnostic précis, ni description des limitations fonctionnelles, alors que la capacité de travail n'était pas définie. Dans ces conditions, il a proposé un examen rhumatologique au SMR en présence d'un traducteur.

Dans un rapport du 10 juillet 2009 faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 3 juillet 2009, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée de rachialgies diffuses avec lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, ainsi que de troubles dégénératifs du rachis avec kyste de Tarlov (M.54) et de syndrome rotulien bilatéral (M.22.2). Cela étant, ce spécialiste a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle de ménagère depuis le 23 février 2009, sa capacité de travail étant en revanche complète depuis cette date dans n'importe quelle activité qui tienne compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids supérieur à 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Genoux: pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers).

Dans un rapport médical du 14 juillet 2009, le Dr H._____ s'est rallié à l'appréciation du Dr D._____.

Dans le cas particulier, l'OAI a également mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. A la suite de l'enquête effectuée le 4 mars 2010, l'enquêtrice a considéré que l'invalidité dans l'activité ménagère devait être évaluée à 27.3 %.

b) Par décision du 27 mai 2010, confirmant un projet de décision du 19 mars 2010, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Retenant un statut de ménagère à 100 %, il a considéré qu'au terme de l'examen médical et de l'enquête économique sur le ménage, les empêchements dans l'activité ménagère n'étaient que de 23.7 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à une telle prestation.

c) Le 25 juin 2010, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée.

Par arrêt du 1^{er} décembre 2011, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 27 mai 2010 (cf. CASSO AI 237/10 - 546/2011).

B. Le 2 octobre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, se prévalant d'hypertension, de polyarthralgies, de lombalgies chroniques, de cervicobrachialgies et d'anémie (origine gynécologique). A l'appui de sa demande, l'intéressée a produit une attestation établie le 10 septembre 2012 par le Dr V._____, dont les termes sont les suivants: "Merci de revoir la demande d'AI de Mme qui reste très invalidé (sic) sur le plan rhumatologique avec des douleurs invalidantes au niveau des membres supérieurs avec des atteintes au niveau de sa colonne cervicale vu à l'IRM". Etait également joint à la demande le rapport établi par le Dresse B._____, spécialiste en radiologie, à la suite de l'IRM de la colonne cervicale et lombaire effectuée le 28 août 2012, qui comporte les conclusions suivantes:

"Colonne cervicale:

Remaniement disco-dégénératif de C4 à C7. On relève en C4-C5 une saillie discale circonférentielle associée à une hernie discale médiane et paramédiane

gauche effleurant la partie récessale de la racine C5 gauche. Une contrainte est possible à ce niveau, à corrélér à la clinique.

Saillie discale également en C5-C6 et en C6-C7 sans contrainte évidente.

Colonne lombaire:

Par rapport à l'IRM précédente du 09. 09. 2008, il n'y a pas de modification significative. On retrouve les remaniements disco-dégénératifs en L5-S1 venant au contact de la partie récessale des racines S1 des deux côtés. Une contrainte sur ces racines est possible à corrélér à la clinique. Arthrose zygo-apophysaire postérieure prédominant également en L5-S1.

Le reste des données est superposable."

Des copies de rapports médicaux des 6 et 13 octobre 2009, du service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital J._____, du 15 juin 2010 de l'Institut d'imagerie médicale de la Clinique [...], des 9 juin 2003, 31 mars 2009 et 21 janvier 2011 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne et gastroentérologie, et, enfin, du 12 mai 2003 du Service de chirurgie générale de l'Hôpital J._____ étaient encore joints à la demande.

Dans un avis médical du 8 février 2013, le Dr H._____, du SMR, a considéré que le document établi par le Dr V._____ ne comportait aucun élément objectif de nature à modifier la position antérieure du SMR et, partant, a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la demande.

Dans un projet de décision du 12 février 2013, l'OAI a estimé que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision entrée en force et, partant, a informé l'intéressée qu'il ne pouvait entrer en matière sur celle-ci.

Par courrier adressé le 15 mars 2013 à l'OAI, l'assurée a contesté cette manière de voir, invoquant le fait que son état de santé s'aggravait graduellement et qu'elle avait dû augmenter son traitement médical. A cette occasion, elle a produit une attestation établie le 11 mars 2013 par son médecin traitant, qui souligne que, malgré l'application des conseils de la rhumatologue, il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé, son traitement antalgique ayant même dû être augmenté. Cela

étant, l'assurée requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et économique.

Le cas a été soumis au SMR. Le 19 avril 2013, le Dr H. _____ a considéré que le dernier document produit ne contenait pas d'argument objectif en faveur d'une aggravation et confirmé qu'il n'y avait à ses yeux pas lieu d'entrer en matière.

Par décision du 1^{er} mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 février 2013, estimant que la contestation formulée par l'assurée ne comportait aucun élément susceptible de mettre en doute sa position, celle-ci reposant sur une instruction complète sur le plan médical et économique et étant conforme en tous points aux dispositions légales.

C. Par acte déposé le 29 mai 2013, F. _____ a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité de première instance pour complément d'instruction. La recourante fait état d'une aggravation de son état de santé, sa capacité d'effectuer des travaux quotidiens étant affectée de manière considérable. Elle souligne aussi que son traitement médicamenteux a été considérablement augmenté. Dans ces circonstances, elle estime que l'instruction de son cas a été insuffisante, tant sur le plan médical que sous l'aspect économique et réclame la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et d'une nouvelle enquête économique.

Dans sa réponse du 29 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Le service intimé estime que l'assurée n'a produit aucun élément médical nouveau attestant une modification de son état de santé depuis la décision du 27 mai 2010.

E n d r o i t :

1. **a)** 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et dans le respect des formes prescrites (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 2 octobre 2012 par la recourante. Ainsi, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressée a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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'entrée 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas en l'espèce, dès lors que l'OAI - qui retient que les documents produits par la recourante ne permettent pas de rendre plausible une modification de l'état de santé de ce dernier - n'est en réalité pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

4. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations, le 27 mai 2010.

En l'occurrence, l'assurée a produit deux certificats établis par son médecin traitant, qui fait état, le 10 septembre 2012, "de douleurs invalidantes au niveau des membres supérieurs avec des atteintes au niveau de la colonne cervicale vus à l'IRM" et, le 11 mars 2013, d'une absence d'amélioration de l'état de santé de sa patiente et d'une augmentation de son traitement antalgique. En annexe à sa demande figurent aussi copie de divers rapports médicaux, l'un établi le 29 août 2012 par le service de radiologie de l'Hôpital J._____ à la suite d'une IRM de la colonne cervicale et lombaire demandée par le médecin traitant, d'autres remontant à 2003, 2009, 2010 ou 2011 et concernant les sphères gynécologique ou abdominale.

L'ensemble de ces documents a été soumis au SMR, qui a considéré qu'aucun de ces rapports ne contenait d'élément objectif nouveau propre à rendre plausible une aggravation de l'état de santé. On

ne voit pas de raison de s'écarter du point de vue émis par le SMR. Les documents produits - dont beaucoup sont d'ailleurs antérieurs à la décision initiale de refus de prestations du 27 mai 2010 entrée en force - ne suffisent en effet pas à rendre compte d'une péjoration de l'état de l'assurée qui soit de nature à influencer ses droits. Par ailleurs, la seule affirmation d'une absence de l'amélioration de l'état de santé telle que nouvellement attestée par le médecin traitant ne suffit pas à établir, s'agissant d'atteintes de même nature, une péjoration de cet état; de même, l'évocation de douleurs accrues nécessitant une augmentation de la médication ne rend pas à elle seule plausible que pareil traitement ne permet pas de stabiliser l'état de l'intéressée, et donc de conserver la capacité de travail et de gain telle que retenue par la précédente décision entrée en force. Quant à la contestation du statut de ménagère, cette question est également sans incidence car la première décision de refus, certes fondée sur un statut de ménagère à 100%, retenait une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée comme active, point de vue qui a au demeurant été confirmé dans le cadre de l'arrêt rendu par la cour de céans le 1^{er} décembre 2011.

On notera en dernier lieu que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. TF 9C_959/2011 précité consid. 4.4 et 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2), le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre de nouvelles investigations sur le plan médical ou économique, ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, comme le requiert la recourante; il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative dans le cadre de la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Il s'ensuit que l'OAI était fondé à considérer, en définitive, que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification significative de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 27 mai 2010.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'étant au demeurant pas assistée d'un mandataire professionnel (cf. 61 let. g LPGA; 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 rendue le 1^{er} mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante F._____.
- 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 F. _____,
- 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 :