

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Neu
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

T._____, à Ecublens, recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. T._____, née le 27 novembre 1951 (ci-après : l'assurée), a travaillé en qualité de femme de chambre avant de bénéficier de prestations de l'assurance-chômage dès le 1^{er} janvier 2008. A la suite d'une communication pour détection précoce effectuée le 18 mars 2009 par son médecin traitant le Dr C._____, généraliste FMH, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 25 mai 2009. Elle indiquait souffrir d'ostéoporose, de diabète, de "pression" et de migraine nerveuse.

Dans un rapport médical du 25 juin 2009 adressé à l'OAI, le Dr C._____ a posé comme diagnostics ayant effet sur la capacité de travail de sa patiente des lombalgies chroniques existant depuis 2006, un syndrome douloureux chronique ubiquitaire existant depuis 2009 et un trouble de l'adaptation existant depuis 2006. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué une HTA, un diabète de type 2, une hémochromatose, des migraines et un status post hystérectomie et annexectomie (1993). Il mentionnait des douleurs généralisées prédominant au niveau lombaire, sans que du point de vue clinique, on puisse relever un déficit neurologique. Les examens radiologiques mettaient en évidence des lésions anatomiques mineures. Le Dr C._____ estimait que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de femme de chambre était nulle depuis le 24 octobre 2008 et que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle était négatif, en particulier en raison des troubles de l'adaptation. En annexe à son rapport, le médecin traitant produisait un rapport du Dr G._____, rhumatologue FMH, du 10 mars 2009, lequel posait le diagnostic de fibromyalgie selon critères ACR, syndrome métabolique et état dépressif; il concluait à l'inutilité d'une quelconque mesure thérapeutique autre qu'une évaluation chez un psychiatre.

Par avis médical du 18 août 2009, le Dr S._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique aux fins d'infirmier ou de confirmer l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

Dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2010, le Dr V._____, psychiatre FMH, a conclu à l'existence d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail restait entière, y compris dans l'activité habituelle de femme de ménage.

Dans un avis SMR du 5 février 2010, le Dr S._____, se fondant sur l'avis de l'expert psychiatre, déclarait se rallier au diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et concluait à l'absence d'atteinte invalidante à la santé - somatique et psychiatrique - depuis toujours et à une pleine et entière capacité de travail dans l'activité habituelle.

Par décision du 22 mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée.

B. Le 10 janvier 2013, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, en faisant état de "problèmes psycho-physiques divers (lombalgie sévère selon IRM)" existant depuis 2011 et d'une incapacité de travail totale depuis le 8 mars 2012.

Par courrier du 18 janvier 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour produire les éléments rendant plausibles une modification éventuelle de son degré d'invalidité, notamment un rapport médical détaillé précisant en particulier le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur, la date à laquelle dite aggravation était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail et le pronostic. Il était précisé qu'à défaut d'une telle production, une décision de non entrée en matière lui serait notifiée.

Le 19 février 2013, le Dr R._____, généraliste FMH, a répondu à l'OAI en ces termes :

"A la suite de la demande de la patiente sus-nommée, je suis en mesure de vous répondre comme suit :

- Polyneuropathie, F33.2 Trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique
- Lombalgies sévères, voir IRM
- Tendomyogélose cervico-dorsaux-brachiale D
- Diabète mélitus Type II
- Trouble dégénératif au niveau du sacro-iliaque ddc
- Discopathie pluri-étagée
- Arythmie sinusale
- Dyspnée à l'effort, perte de concentration, trouble statique, vertiges, céphalée de tension, épuisement psycho-physique.
- Incapacité de travail à 100 % dans toutes les activités.
- Pronostic défavorable."

Cette réponse était accompagnée d'un rapport radiologique établi le 22 novembre 2012 par le Dr M._____ à la suite de l'examen IRM pratiqué sur l'assurée le même jour. Il indiquait ce qui suit :

"IRM lombaire du 22.11.12

Indication : Lombalgies sévères persistantes avec irradiation dans le membre inférieur droit.

(...)

CONCLUSION :

Canal lombaire étroit secondairement rétréci par une arthrose interfacettaire étagée de L3-L4 à L5-S1.

Sténose modérée du canal lombaire en L4-L5 sur l'association d'une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante à une arthrose interfacettaire et à une légère hypertrophie des ligaments jaunes.

Légère sténose canalaire en L5-S1 sur l'association d'une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante à une arthrose interfacettaire sur canal lombaire étroit. Présence aussi d'une légère sténose foraminale des deux côtés à cet étage sur arthrose interfacettaire."

Dans un avis SMR du 9 juillet 2013, le Dr L._____ a relevé ce qui suit :

"Le rapport succinct du Dr R._____ est daté du 19 février 2013. Il retient une polyneuropathie f33.2 sans expliquer en quoi ce problème serait source d'empêchements dans l'activité habituelle d'employée de maison non qualifiée. On ignore l'évolution du trouble douloureux et du trouble de l'adaptation décrits en 2009, alors que le Dr R._____ évoque une dépression sévère sans décrire le traitement mis en place et une intervention psychiatrique. La tendomyogélose est de la sphère TSD/fibromyalgie et les lombalgies

sont connues depuis au moins 2006 et rapportées en juin 2009 par le Dr C. _____ médecin de l'assurée à cette époque. Le diabète mélitus de type II est un diabète de la maturité qui comme les troubles dégénératifs sacro-iliaques est banal à cet âge. Le diabète existait et était déjà à traiter en 2009.

L'arythmie sinusale est curable et son traitement exigible.

Le rapport succinct du Dr R. _____ daté du 19 février 2013 ne rend donc pas plausible une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision AI en mars 2010."

L'assurée n'ayant pas réagi au projet de décision de refus d'entrer en matière du 11 juillet 2013, l'OAI a confirmé celui-ci par décision du 24 septembre 2013, pour le motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision négative du 22 mars 2010.

C. Par écriture du 22 octobre 2013, T. _____ a contesté la décision de l'OAI du 24 septembre 2013 directement auprès dudit office en ces termes :

"A la suite de votre décision à savoir votre refus de rentrer en matière je me permets de vous répondre car je m'y oppose. J'estime que vous n'avez pas tenu compte de tous les éléments de mon dossier en particulier au rapport concernant mon expertise psychiatrique (Dr [...] psychiatre à Fribourg). Il me semble aussi que vous n'avez pas pris au sérieux mon état de santé physique. Mon état de santé se dégrade actuellement et nécessite une expertise. J'attends votre réponse et vous demande de prendre en compte ma demande."

Interpellée par l'OAI, l'assurée a confirmé que son écriture du 22 octobre 2013 devait être considérée comme un recours contre la décision de l'OAI du 24 septembre précédent.

Par lettre-oronnance du 26 novembre 2013, la recourante a été invitée par la juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à motiver son recours et à préciser ses conclusions.

Dans son écriture du 9 décembre 2013, la recourante a fait grief à l'OAI de ne pas avoir requis de rapport auprès de son médecin psychiatre et de ne pas avoir pris en considération l'aggravation de son état de santé, pourtant confirmée par un nouveau scanner pulmonaire du

28 novembre 2013 qu'elle a produit en annexe. L'assurée a également reproché à l'intimé d'avoir refusé l'expertise médicale pouvant démontrer la dégradation de son état de santé psycho-physique.

Par réponse du 11 février 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que c'est à l'assuré qui dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité après un premier refus qu'il appartient de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI) et fait valoir que dans le cas d'espèce, le rapport médical du médecin traitant de la recourante n'apportant aucune nouveauté sur le plan médical, le refus d'entrer en matière était justifié. L'intimé relève encore que le rapport relatif au scanner pulmonaire du 28 novembre 2013, subséquent à la décision querellée, ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure de recours.

Dans ses déterminations du 26 février 2014, la recourante a confirmé le grief fait à l'OAI de ne pas avoir instruit, plus précisément de ne pas avoir requis d'information auprès de son psychiatre traitant.

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 répond aux autres conditions de forme prévues par la loi dans la mesure où, malgré l'absence de conclusions formelles précises, on déduit des

arguments de l'assurée qu'elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise (cf. art. 61 let. b LPGA notamment).

Au vu par ailleurs de l'exigence de simplicité de la procédure judiciaire, contenue à l'art. 61 let. a LPGA, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours, qui est en conséquence déclaré 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 présentée par la recourante le 10 janvier 2013. La présente procédure porte dès lors uniquement sur le point de savoir si l'intéressée a rendu plausible, au regard des pièces médicales produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) 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 arrêt 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 arrêt du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 arrêt du 6 août 2012 consid. 1.2).

b) 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 arrêt du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 arrêt du 6 août 2012 consid. 1.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales 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 (ATF 130 V 64; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

4. a) Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 22 mars 2010 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente et à des mesures professionnelles, s'est produit. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assurée le 10 janvier 2013. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. Par conséquent, le rapport relatif au scanner pulmonaire du 28 novembre 2013 - produit ultérieurement, soit dans le cadre de la procédure de recours - n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure de recours.

Reste à déterminer si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations d'invalidité de la recourante.

b) Dans le cadre de la première demande, le médecin traitant de la recourante de l'époque avait indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail de la recourante : des lombalgies chroniques existant depuis 2006, un syndrome douloureux chronique ubiquitaire existant depuis 2009 et un trouble de l'adaptation existant depuis 2006. Le Dr C._____ estimait que la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre était nulle depuis le 24 octobre 2008 et que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle négatif, en particulier en raison des troubles de l'adaptation. En annexe à son rapport, il avait produit un rapport médical établi par un spécialiste en rhumatologie le 10 mars 2009, dans lequel ce dernier posait le diagnostic

de fibromyalgie selon critères ACR, syndrome métabolique et état dépressif et concluait à l'inutilité d'une quelconque mesure thérapeutique autre qu'une évaluation chez un psychiatre. Le SMR avait alors confié une expertise psychiatrique au Dr V. _____ qui, dans son rapport du 14 janvier 2010, avait conclu à l'existence d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique. Il concluait que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière, y compris dans l'activité habituelle de femme de ménage.

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit deux seuls documents médicaux. Le rapport médical du Dr R. _____ du 19 février 2013 consiste en une simple énumération de diagnostics et de symptômes avec le constat d'une incapacité de travail totale dans toutes les activités. Il n'est pas motivé. Notamment, le diagnostic de trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique, atteinte que l'on pourrait présumer invalidante, n'est pas assorti d'un rapport exhaustif du médecin psychiatre traitant de l'assurée. Quant aux lombalgies, elles sont qualifiées de sévères, en référence à un IRM. Or, à lire les conclusions du Dr M. _____ dans son rapport radiologique du 22 novembre 2012, on observe que les atteintes dorsales sont qualifiées soit de secondaires, soit de légères. Le médecin traitant de la recourante - qui les qualifie de sévères - ne fournit aucune précision permettant d'expliquer non seulement le caractère prétendument sévère de ces lombalgies mais surtout en quoi ces lombalgies diffèrent de celles constatées lors de la première demande. La démonstration d'une aggravation sur la base d'une comparaison du CT-SCAN lombaire du 15 janvier 2002 avec l'IRM du 22 novembre 2012 fait plus particulièrement défaut. Quant aux autres atteintes à la santé, on ignore, pour celles déjà connues lors de la première procédure, en quoi elles se seraient aggravées, et pour les atteintes qui seraient nouvelles, quelle serait leur éventuelle répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

En conclusion, force est de constater que, faute de pièces médicales suffisamment documentées, la recourante a échoué à démontrer une aggravation de son état de santé comme cela lui incombait

en vertu de la jurisprudence sur le fardeau de la preuve en la matière (dérogation au principe inquisitoire; consid. 3b ci-dessus).

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

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe.

La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause et ayant au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 24 septembre 2013 est confirmée.

III. Les frais judiciaires, à la charge de la recourante T._____, sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs).

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T. _____, à Ecublens,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :