

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante,

et

U. _____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]), au bénéfice d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse, a travaillé en qualité de vendeuse auxiliaire à 80% auprès du magasin [...] à [...] dès le 1^{er} décembre 2007. Elle a présenté dès le 26 février 2008 une incapacité de travail totale et a perçu des indemnités journalières perte de gain à compter de cette date. Le 7 mars 2008, elle a subi une opération pratiquée par le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, médecin traitant, en raison d'un syndrome du tunnel carpien à droite et d'un kyste synovial du poignet gauche récidivant. En raison d'une fibrose péri-névrile, l'assurée a été réopérée le 9 mai 2008 du tunnel carpien par épipérineurolyse par technique micro chirurgicale. Le traitement a essentiellement consisté en des séances de physiothérapie. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 juillet 2008.

Le 21 novembre 2008, P. _____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant comme genre de l'atteinte : « opération du tunnel carpien mauvaise cicatrisation réopérée pour cette raison. Traitement par électrochoc chez un physio pour traiter beaucoup d'adhérences ».

Dans un formulaire 531bis permettant la détermination du « statut ménagère/active » complété le 8 décembre 2008 à l'attention de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme vendeuse, par nécessité financière.

Dans un rapport du 19 décembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de status après cure de tunnel carpien droit, excision d'un kyste synovial du dos du poignet gauche récidivant et révision du tunnel carpien par périneurolyse. Il a indiqué que le status

montrait une cicatrice calme, sans signe de tinel. Selon le médecin, le pronostic était bon. Il n'existait pas de restriction mentale ou psychique et sur le plan physique, le médecin préconisait d'éviter de forcer et de lever des poids lourds. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à partir de 2009, une fois que la maturation cicatricielle se serait estompée. Le rendement serait diminué par manque de force et pour éviter un appui forcé sur la cicatrice. Selon le Dr L._____, un travail plus léger était préférable.

L'assurée s'est présentée à l'OAI le 14 janvier 2009 afin de faire évaluer sa situation du point de vue professionnel. Il ressort du rapport d'évaluation du 15 janvier 2009 que, s'agissant de ses capacités physiques, l'assurée présentait des douleurs constantes à la main droite et une force de préhension très limitée. Les mouvements répétitifs n'étaient pas possibles et le port de charges était limité. Son médecin traitant l'ayant déclarée apte au travail à 100% dès le 1^{er} janvier 2009, une mesure d'orientation dans le cadre de l'intervention précoce était indiquée.

Le 19 janvier 2009, l'assurée et l'OAI ont convenu d'un plan de réadaptation - contrat d'objectifs, ayant pour but d'orienter l'assurée dans une activité adaptée à son atteinte à la santé ainsi qu'à ses limitations fonctionnelles. Son activité habituelle n'était plus exigible, tandis que dans une activité adaptée sa capacité de travail était entière. La mesure d'intervention précoce retenue consistait en un stage d'orientation professionnelle aux Y.____ (ci-après : Y.____) du 16 février au 13 mars 2009.

Par communication du 21 janvier 2009, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un stage d'orientation professionnelle aux Y.____ de [...] à 100% du 16 février au 13 mars 2009 comme mesure d'intervention précoce.

L'OAI a soumis le cas de l'assurée pour appréciation à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 1^{er} avril 2009, le Dr N. _____ du SMR a résumé la situation de l'assurée ainsi :

« Cette assurée de 43 ans, mariée, a une formation de vendeuse et travaillait dans ce domaine, à un poste où elle devait soulever régulièrement des marchandises lourdes. Elle a été opérée une première fois le 07.03.2008 pour un syndrome du tunnel carpien droit et excision d'un kyste synovial du poignet droit; en raison de la persistance des douleurs liées à une fibrose péri-neurale, elle est réopérée le 09.05.2008 et doit subir par la suite un long traitement de physiothérapie. Le port de charges lourdes n'est plus possible, mais dans un poste plus léger, la CT [capacité de travail] est entière depuis le 01.01.2009 ».

Faisant suite au stage d'orientation professionnelle que l'assurée a suivi aux Y. _____, un rapport d'orientation du 6 avril 2009 a été adressé à l'OAI. Il ressort de la synthèse dudit rapport les éléments suivants :

« La mesure consistant en un stage d'orientation professionnelle conclut que l'assurée, ancienne vendeuse, est actuellement apte au travail et peut être orientée vers des métiers lui permettant de mettre en valeur ses compétences relationnelles. Les travaux manuels simples et répétitifs ne sont pas recommandés. Les cibles professionnelles retenues sont les suivantes :

Aide-animatrice en EMS [établissement médico-social]
Vendeuse dans le textile (si poste adapté)

Mme P. _____ a les aptitudes lui permettant de suivre une formation à la fois pratique et théorique. L'assurée est motivée à retrouver un emploi. Elle s'est bien engagée pendant la mesure. Elle a fait de nombreuses démarches de recherche d'emploi (y compris celle de faire, de son propre chef, un stage inadéquat de serveuse) ».

Le 2 juin 2009, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait retrouvé un travail à 50% en tant que nettoyeuse pour une colonie de vacances. Elle estimait que cette activité était adaptée, car elle ne faisait que de petits nettoyages et de l'entretien. Elle a précisé qu'elle ne souhaitait pas travailler à un taux plus élevé. L'OAI l'a alors informée que son dossier serait clôturé et qu'elle recevrait une décision (cf. note d'entretien téléphonique du 2 juin 2009).

Dans un document interne « proposition de décision de droit aux prestations », la division de réadaptation de l'OAI a fait part du commentaire suivant :

« Notre assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Nous avons mis sur pied une mesure d'intervention précoce auprès des Y._____ dans le but de définir des cibles professionnelles. Ces dernières sont aide-animatrice en EMS ou vendeuse dans le secteur textile.

Mme P._____ a trouvé un emploi en tant que nettoyeuse à 50% dans une colonie de vacances. A noter que l'intéressée ne souhaite pas travailler à un taux plus élevé quand bien même elle déclarait, dans le formulaire 531bis, qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% ».

Par décision du 31 août 2009 confirmant un projet de décision du 18 juin 2009, l'OAI a refusé d'allouer des prestations à l'assurée. Il a constaté que son activité de nettoyeuse lui rapporterait 39'905 fr. à 100%, ce qui, comparé à son revenu sans invalidité, amenait à un degré d'invalidité de 4,6% insuffisant pour l'ouverture du droit à une rente.

b) Le 11 mai 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation à l'OAI. Elle a précisé souffrir d'une atteinte « rhumatologique et dentaire » et être en incapacité de travail depuis le 14 décembre 2010.

A la demande de l'OAI, l'employeur de l'assurée a rempli et retourné un questionnaire pour l'employeur le 17 mai 2011. Il a indiqué que l'assurée travaillait depuis le 24 juin 2010 en qualité d'employée d'entretien à raison de 18 heures par semaine pour un salaire horaire de 19 fr. 70 et a précisé qu'elle était en incapacité de travail depuis le 30 novembre 2010.

L'assurée a perçu des indemnités journalières pour perte de gain d'S._____ du 30 novembre 2010 au 28 février 2011 (courrier d'S._____ du 25 mai 2011 à l'OAI).

Dans un rapport du 15 mars 2011 au Dr B._____, médecin traitant de l'assurée, les Dresses A._____ et R._____, respectivement médecin-associée et médecin-assistante au Département de l'appareil locomoteur du K._____ (ci-après : le K._____) ont posé les diagnostics de polyarthralgies à caractère mixte d'origine indéterminée, d'hyperlaxité, de tabagisme actif (+ de 30 UPA [unité-paquet-année]), de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de dépendance à l'alcool (OH), de cytolysé hépatique, d'insuffisance en Vitamine D et d'entorse à la cheville. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, elles ont notamment relevé les éléments suivants :

« Madame P._____ présente des polyarthralgies périphériques à caractère mixte persistantes depuis plusieurs années dont l'intensité s'atténue sous Benzodiazépine mais pas sous traitement AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien]. L'activité professionnelle exacerbe ses symptômes.

A l'anamnèse, il nous paraît important de relever cette perte pondérale d'environ 10%, des facteurs de risques néoplastiques tels que la dépendance à l'OH/tabac. Au status, nous n'objectivons pas de synovite (hormis au niveau de la MPC [main poignet coude] de gauche) mais des arguments en faveur d'une hyperlaxité (5 critères/9), des troubles statiques du rachis minimes et des douleurs à la palpation des enthèses achilléennes.

Dans le bilan, on note une formule sanguine complète (le 7.12.2010) qui montre un taux d'hémoglobine augmentée à 164 g/l (éventuellement dans le cadre d'un BPCO ?), l'absence de syndrome inflammatoire.

Dans le bilan endocrinologique, on note une insuffisance en vitamine D avec un taux de 25 OH vitamine D à 18,3 µg/l qui nécessite comme déjà décrit par notre collègue de la X._____ [X._____], une substitution pour viser un taux optimal supérieur à 30 µg/l. Par ailleurs, on ne met pas en évidence de perturbation de la fonction thyroïdienne; la TSH [thyroïdostimuline] (27.12.2010) est normale à 0,807 mU/l.

A la recherche d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire, nous dosons le facteur rhumatoïde qui est < à 10 U/ml et les anti-CCP [peptide citrulliné cyclique] qui valent 2 U. La radiographie de l'humérus gauche qui s'avère dans la norme et les radiographies des mains ne montrent pas de lésion de type érosif. Comme déjà mentionné lors de notre entretien téléphonique, le taux d'anti-nucléaires est positif, homogène et moucheté à 1/320. En complément de bilan, nous aurions voulu effectuer un dosage des anti-DNA [ADN], C3,C4 quand bien même la patiente ne présente pas d'argument en faveur d'un lupus hormis les arthralgies susmentionnées. De plus, le taux de FAN [facteur anti nucléaire] peut être augmenté dans le contexte néoplastique; un bilan complet à ce propos devrait être envisagé chez cette patiente aux nombreux facteurs de risque.

La patiente qui paraît très nerveuse lors de cette consultation et qui présente un foetor OH refuse quelques examens qui auraient été fort utiles dans la démarche diagnostique. Par exemple, elle refuse d'effectuer une radiographie du thorax. Nous ne pouvons pas organiser l'ensemble des investigations nécessaires car la patiente refuse pour l'instant de reconsulter dans notre service de rhumatologie et préfère effectuer sa prise en charge uniquement à votre consultation pour éviter tout trajet qui s'avère pesant pour elle et ses proches ».

Faisant suite à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr J._____, chef de clinique à la consultation générale de la X._____ (ci-après : X._____), a fait parvenir un rapport du 15 juin 2011. Dans ce rapport, le médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthralgie à caractère mixte d'origine indéterminée depuis plusieurs années et de syndrome de dépendance à l'alcool. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'un syndrome de dépendance au tabac à plus de 30 UPA avec suspicion de bronchopneumonie chronique obstructive, d'une cytolyse hépatique, d'une hypovitaminose D, d'une hyperlaxité, d'un status post entorse de cheville des deux côtés et d'une dermatite sur carence possible. Le médecin a fait le constat médical suivant :

« Mme P._____ présente une cachexie importante avec un BMI [indice de masse corporelle] à 17,7 kg/m². Elle mesure 161 cm et pèse 45,9 kg. Elle est légèrement hypertendue à 141/96 mmHg et tachycarde à 104/min. Elle est apyrétique à 36,6°. Elle a un foetor alcoolique et présente des éruptions cutanées croûteuses maculaires diffuses sur surtout au niveau du tronc et des jambes ddc [des deux côtés]. On observe une adénopathie infracentimétrique spinale D [droite], inguinale ddc, indurée et sensible.

L'auscultation cardiaque montre un B1-B2 bien frappés sans souffle ni bruit surajouté. Absence d'œdème des membres inférieurs. Les plages pulmonaires sont propres à l'auscultation et symétriques. L'abdomen présente des bruits normaux et reste souple, sans hépatosplénomégalie avec un foie au rebord costal souple et inodore. Le système articulaire est calme, non douloureux à la palpation et à la mobilisation. L'examen neurologique montre des paires crâniennes normales, une force conservée à M5, une sensibilité également sp [sans particularité] aux 4 membres, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques aux 4 membres. À l'épreuve des bras tendus, on observe un tremblement d'attitude ddc, une ataxie à l'épreuve doigt-nez ddc. Romberg tenu mais danse des tendons et la démarche est sp ».

Le Dr J._____ ne pouvait pas se prononcer quant au pronostic dès lors qu'il n'avait vu l'assurée qu'à deux reprises. Au titre des restrictions physiques ou psychiques dans l'activité professionnelle, il a relevé que l'état de cachexie avait probablement des répercussions sur ses activités physiques, mais qu'il ne pouvait pas le confirmer vu l'absence de suivi. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un formulaire 531 bis intitulé « détermination du statut (part active/ part ménagère) » du 16 juin 2011, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 50% dans la vente ou le nettoyage.

Le 29 juin 2011, le Dr B._____ a transmis à l'OAI un rapport médical non complété sur lequel il a uniquement indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une incapacité de travail de longue durée et qu'une reprise de travail à 100% était prévue le 1^{er} juillet 2011.

La division de réadaptation de l'OAI s'est rendue au domicile de l'assurée pour un entretien, lequel a été relaté dans un rapport initial du 4 juillet 2011. Au cours de l'entretien, l'assurée a précisé, au sujet de son atteinte à la santé rhumatologique et dentaire, porter un pont dentaire, que ses quatre dernières dents lui avaient été arrachées au mois de mars 2011, qu'elle souffrait de douleurs persistantes dans la jambe et le bras droits, que sa main droite lui faisait toujours mal et qu'elle était gauchère. Elle avait donné son congé pour le 30 juin 2011, estimant qu'elle n'arrivait plus à faire son travail. Elle avait déjà baissé son taux d'activité à 40% en raison de ses problèmes à la main droite. Le port de charges ainsi que balayer lui causaient des douleurs. Le fait de ne pas avoir de dents la gênait et l'empêchait de s'alimenter de manière adéquate. Elle avait perdu 5kg en trois mois. L'assurée a estimé sa capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Dans ledit rapport, le conseiller de l'OAI a noté que l'assurée, en instance de divorce, vivait avec son ami et que l'une de ses filles était restée vivre avec le père. Il s'agissait d'une personne très fragile et dépendante de son ami. Elle avait

perdu beaucoup de poids et était très frêle. Le conseiller de l'OAI suspectait une dépendance à l'alcool et relevait qu'indépendamment de l'exigibilité, il était difficile de déterminer l'activité à 100% compte tenu de sa situation familiale, de ses dires et de la suspicion de dépendance à l'alcool. Il était nécessaire d'attendre des rapports médicaux afin de définir s'il existait des changements dans les limitations fonctionnelles et l'exigibilité.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité un rapport médical de la Dresse C._____, spécialiste en rhumatologie, laquelle a transmis le 11 juillet 2011 un rapport du 21 avril 2011 qu'elle avait adressé au Dr B._____. Dans ce rapport, la médecin a posé les diagnostics de polyarthralgies à caractère mixte d'origine indéterminée et de syndrome d'hyperlaxité (5 points positifs sur 9). Au titre des comorbidités, elle indiquait un BPCO, un tabagisme actif, une dépendance à l'alcool, une cytolysse hépatique, une insuffisance en vitamine D traitée et une adénopathie cervicale. Sans se prononcer sur la capacité de travail, la Dresse C._____ a fait état des éléments suivants :

« **Status**

Général : patiente stressée, présentant un foetor OH. Status après arrachement de presque toutes les dents de la mâchoire supérieure pour délabrement dentaire. Deux adénopathies paracervicales droites de 1 et 1,5cm environ.

Cardiopulmonaire : TA [tension artérielle] 145/90, pulsations régulières à 80/min., pas de souffle cardiaque, murmure vésiculaire symétrique sur les deux plages.

Digestif : sensibilité à la palpation du creux épigastrique.

Ostéoarticulaire :

Rachis cervical : mobilité complète, indolore.

Rachis dorso-lombaire : présence de troubles statiques avec une discrète scoliose à convexité droite dorsale et gauche lombaire, sans gibbosité, minime bascule scapulaire en défaveur de la gauche, pas de bascule du bassin. Pas de douleurs à la percussion du rachis ni à la mobilisation. Effacement de la lordose lombaire. Manœuvre des sacro-iliaques négatives. Une sensibilité à la palpation du tiers supéroexterne de la fesse droite, sans nodule palpé.

Coudes : palpation de l'épicondyle sensible D>G [gauche], manœuvre d'épicondylite négative, pas de synovite, mobilité du coude complète, indolore.

Palpation de lésions kystiques au niveau du poignet gauche.

Palpation des enthèses négatives. Le reste du status ostéoarticulaire est non contributif.

Score de Beighton : 5 points positifs/9.

Discussion et évolution

Je vois ce jour en consultation, à votre demande, Mme P._____, pour suite d'évaluation de polyarthralgies périphériques à caractère mixte présentes depuis plusieurs années, actuellement plutôt localisées sur l'hémicorps droit que gauche. La substitution en vitamine D avec correction de la 25OH, n'a pas permis d'atténuer la symptomatologie, la patiente reste toujours en incapacité de travail professionnel actuellement.

A ce jour, il n'y a anamnestiquement et au status, aucun argument pour un rhumatisme inflammatoire ou une connectivite hormis la présence d'un FAN moucheté homogène à 1/320, mis en évidence fin décembre 2010. Comme proposé dans le courrier du K._____, je propose de compléter le bilan par un dosage de l'anti-DNA, des anti-nucléoprotéines du complément, afin d'écarter ces hypothèses diagnostic.

A noter par ailleurs, que ce faible taux de FAN peut être présent dans d'autres pathologies, en particulier dans un contexte néoplastique dont il faut tenir compte chez cette patiente aux nombreux facteurs de risque.

D'apparition nouvelle, la patiente décrit des adénopathies, d'occasionnels troubles de la déglutition, ainsi qu'une douleur épigastrique. Comme discuté lors de notre entretien téléphonique, je vous propose d'effectuer un bilan ORL [oto-rhino-laryngologie] et digestif complet chez cette patiente, afin d'écarter une piste néoplastique sous-jacente.

A noter par ailleurs, que dans le cadre de son hyperlaxité (5/9) la patiente peut présenter des douleurs ostéoarticulaires diffuses, pour lesquelles des séances de physiothérapie pourraient être bénéfiques, associées à un traitement d'antalgiques ».

L'OAI a sollicité l'avis de son SMR sur le dossier de l'assurée.

Dans un avis médical du 25 juillet 2011, le Dr N._____ du SMR s'est déterminé comme suit :

« Cette assurée de 45 ans a une formation de vendeuse, elle avait déposé une première demande AI en novembre 2008 en raison d'une neuropathie séquellaire à deux interventions de cure de tunnel carpien au poignet droit. Il avait été retenu des limitations fonctionnelles pour le port de charges lourdes, avec une CT [capacité de travail] entière dans une activité adaptée dès le 01.01.2009. L'assurée dépose une deuxième demande AI en mai 2011; elle a travaillé à 40% comme technicienne de surface depuis juin 2010 et se trouve en IT [incapacité de travail] depuis le 14.12.2010 pour des problèmes rhumatologiques et dentaires. Elle présente en effet des polyarthralgies dans le cadre d'une hyperlaxité articulaire; les diverses investigations rhumatologiques ont permis d'écarter un diagnostic de rhumatisme inflammatoire ou d'autres lésions articulaires. Ces douleurs articulaires ne sont pas incapacitantes dans un travail léger, comme l'atteste le Dr B._____ le 29.06.2011 (reprise du travail à 100% le 01.07.2011). Il faut cependant noter que des éléments non à charge de l'AI pourront jouer un rôle négatif par rapport à une reprise d'activité, puisque l'assurée est connue pour un alcoolo-tabagisme chronique

avec mauvais état général, une suspicion de BPCO et des avulsions dentaires nombreuses.

Il y aura donc eu IT dans toute activité entre le 14.12.2010 et le 30.06.2011, après quoi la CT est à nouveau entière dans une activité légère ».

Le 28 novembre 2011, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Sur la base de la déclaration de l'assurée selon laquelle elle devrait travailler à 80% pour s'en sortir financièrement sans l'aide de son concubin, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut 80% active et 20% ménagère. Cette dernière a en outre constaté une invalidité de 10,40% dans les activités ménagères.

Par décision du 27 février 2012 confirmant un projet de décision du 17 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée. Il a constaté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail inférieure à une année.

c) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 11 avril 2014, en précisant quant au genre de l'atteinte à la santé souffrir d'une hyperlaxité ligamentaire, d'un emphysème pulmonaire (BPCO), d'arthrose et de dépressions depuis le 12 février 2013. Elle indiquait être en incapacité de travail à 80% depuis cette date et être employée comme surveillante cantine scolaire à 20% depuis le mois d'août 2013.

Par courrier du 14 avril 2014 à l'assurée, l'OAI a accusé réception de sa nouvelle demande et lui a imparti un délai de 30 jours pour apporter toute pièce propre à établir de façon plausible que son degré d'invalidité s'était modifié depuis la décision de refus du 27 février 2012. Il lui a en particulier demandé de produire un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou d'apporter tout autre élément de

nature à constituer un motif de révision. L'OAI a avisé l'assurée que sans ces éléments, il n'entrerait pas en matière sur sa demande.

Par courrier du 2 mai 2014 à l'OAI, l'assurée a fait part des éléments suivants :

« Depuis la séparation de mon époux et déjà à l'époque je souffre de grosses dépressions, suite à cela j'ai abusé de l'alcool car cela me procurais [sic] un peu de répis [sic] mais ne me soignais pas avec les problèmes d'hyperlaxité, récurrent, emphysème pulmonaire BPCO et de problèmes dentaires.

Suite à cela j'ai refais [sic] une dépression plus grave en prenant des médicaments (suicide).

Avec ces problèmes d'hyperlaxités et d'arthrose je ne peux travailler qu'à 20% comme surveillante à la cantine et cela me fatigue beaucoup.

Je vous laisse le soin de prendre contact avec mon nouveau médecin Mme E. _____ pour tous renseignements ».

En sus des rapports des 15 mars 2011 des Dresses A. _____ et R. _____ et 21 avril 2011 de la Dresse C. _____ déjà connus de l'OAI, l'assurée a joint à son courrier un rapport du 22 août 2013 adressé au Dr B. _____ des Drs T. _____ et D. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Département de psychiatrie du K. _____, à H. _____. Il ressort dudit rapport que l'assurée a séjourné à l'hôpital psychiatrique de H. _____ du 19 au 26 février 2013 pour « mise à l'abri d'idées suicidaires dans un contexte de conflit de couple ». Les médecins ont relevé ce qui suit :

« [...]

2. Anamnèse :

Patiente de 47 ans, mère de deux filles et d'une petite-fille, bien connue de l'hôpital de H. _____ pour un syndrome de dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité. Actuellement, elle ne bénéficie pas de suivi psychiatrique, mais est suivie par son médecin traitant, le Dr B. _____ à [...]. La patiente nous est adressée par le Dr [...], psychiatrie de liaison de [...], dans un contexte d'un tentamen médicamenteux, elle aurait pris hier 50 cp de Lexotanil dans un but suicidaire et a ensuite envoyé un SMS d'adieu à sa fille de 16 ans qui a appelé le 144. Cette dernière habite chez son père (ex-mari de la patiente). A l'entrée, Mme P. _____ décrit une situation de conflit avec son compagnon actuel.

Elle se dit actuellement abstinente, elle décrit les habitudes de consommation de son compagnon, de grandes difficultés relationnelles. Elle demande une mise à l'abri et évoque un besoin

de se reposer. A l'admission, elle ne présente pas d'idées suicidaires. S'engage dans un contrat de non passage à l'acte.

3. Status psychique à l'entrée :

Patiente à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularité, calme, collaborante, orientée aux quatre modes, pas de ralentissement psychomoteur. Pas de signe de consommation d'alcool. Le discours est adéquat, cohérent et compréhensif. Pas de trouble formel de la pensée. La thymie est sur le versant triste. Elle ne présente pas d'idée suicidaire lors de l'entretien. Sentiment d'abandon et de solitude. Pas de signe floride de la lignée psychotique. Comprendre sa situation psychique et accepte le cadre hospitalier.

4. Discussion et évolution :

Il s'agit d'une patiente avec un diagnostic de trouble de la personnalité sans précision et un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente et probable trouble dépressif récurrent. Connue de l'H._____, [hôpital psychiatrique de H._____], pour une dernière hospitalisation en 2011. Actuellement, la patiente présente une situation de conflit de couple sévère, et après l'entrée à l'hôpital, elle nie toujours avoir [des] idées suicidaires et banalise son acte d'abus médicamenteux. Au vu du tableau clinique, à l'entrée, nous proposons au premier plan le trouble de la personnalité, comme diagnostic. Au 2^{ème} jour d'hospitalisation, Mme P._____ présente une réaction urticariforme au dos, région thoracique et bras. La patiente ne trouve pas de facteur déclenchant. Vomissements. Sans difficultés respiratoires, la patiente est adressée à l'hôpital de Q._____ pour évaluation somatique. A l'hôpital de Q._____, la patiente présente une évolution rapidement favorable, suite à l'administration de Prednisone et Atarax sans développement de symptômes respiratoires et avec diminution des démangeaisons. Pendant le même jour, la patiente est transférée à H._____ avec une indication pour un traitement de Prednisone 50 mg 1x/j, pendant trois jours et Atarax 25 mg 1x/j pendant trois jours. A l'hôpital de H._____, la patiente bénéficie d'une prise en charge de crise sans indication pour un traitement pharmacologique spécifique. Au vu du manque de critères de risque de mise en danger et considérant l'absence d'idées suicidaires, d'un commun accord avec la patiente la sortie est effectuée le 25.02.2013.

5. Projet thérapeutique à la sortie :

Reprise de son suivi avec son médecin traitant. Consultation fixée pour le 27 février 2013.

6. Diagnostics (ICD-10) :

- Réaction mixte anxieuse et dépressive, avec un facteur de stress important (F43.22)
- Trouble de la personnalité sans précision (F60.9)
- Difficultés avec conjoint ou partenaire (Z63.0)
- Urticaire (L50). [...] ».

L'assurée a également joint un avis de sortie du 27 février 2013 du Dr T. _____ relatif à son séjour à l'hôpital psychiatrique de H. _____ du 19 au 26 février 2013.

L'OAI a soumis le dossier de l'assurée à son SMR pour appréciation. Dans un avis médical du 10 juin 2014, le Dr Z. _____ du SMR s'est prononcé sur le cas de l'assurée comme suit :

« Il s'agit de la 3^{ème} demande de cette assurée de 48 ans, titulaire d'un CFC de vendeuse, actuellement active à 20% comme surveillante de cantine scolaire.

Elle annonce une incapacité de travail de 80% depuis le 12.2.2013.

Elle joint un rapport de l'Hôpital de H. _____ témoignant d'un séjour du 19 au 26.2.2013 pour mise à l'abri d'idées suicidaires dans le cadre d'un conflit de couple. Les diagnostics retenus sont une réaction mixte anxieuse et dépressive à un facteur de stress, trouble de la personnalité sans précision, difficultés avec le conjoint.

Le rapport du Dr C. _____ d'avril 2011 a déjà fait l'objet d'un commentaire du Dr N. _____ (avis SMR du 25.6.2011), de même que le rapport du K. _____ de mars 2011. Nous n'y reviendrons donc pas.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé somatique (polyarthralgies, BPCO). La brève hospitalisation à H. _____ ne permet pas non plus de justifier une incapacité de travail durable.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'entrer en matière ».

Par projet de décision du 12 juin 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Il a estimé qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 27 février 2012 et qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 23 juin 2014, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a allégué souffrir de problèmes différents de ceux qui ont fait l'objet de la dernière décision de refus le 27 février 2012, en citant son BCPO, son arthrose, son hyperlaxité et sa dépression.

Par décision du 5 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision de non entrée en matière.

B. Par acte du 19 septembre 2014, P. _____ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, implicitement, à son annulation. Elle soutient que ses divers problèmes de santé se sont accentués et déclare être prête à refaire toutes les analyses nécessaires à l'établir.

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2014, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il relève que dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations faisant suite à une décision de refus, il appartient à l'assuré d'apporter à l'administration les éléments médicaux probants.

Le 12 décembre 2014, la recourante explique dans sa réplique ses problèmes de santé et indique les médecins qu'elle a consultés. Elle déclare transmettre les dossiers de son médecin généraliste ainsi que de son psychiatre, toutefois sans joindre aucune pièce à son courrier. La recourante allègue ne pas avoir les moyens financiers pour effectuer des analyses et requiert des bons à cette fin. Elle prie en outre la Cour de céans de prendre contact avec ses médecins pour obtenir des renseignements complémentaires.

Dans sa duplique du 20 janvier 2015, l'intimé confirme ses précédentes écritures. Il précise qu'il ne peut en principe plus ordonner de mesures d'instruction à ce stade de la procédure

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile (art. 38 al. 4 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. 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 et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 11 avril 2014.

3. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impuissance (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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'impuissance 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 (al. 3).

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent 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, 109 V 262 consid. 3; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

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_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2, 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'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_959/2011 précité consid. 1.3, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

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 lorsque l'administration considère, comme en l'espèce, que les documents produits par l'assuré ne permettent pas de rendre plausible une modification de son état de santé et, partant, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

4. En l'occurrence, il sied uniquement d'examiner si l'intéressée a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations.

Il sera préliminairement précisé que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3 supra; cf. TF 9C_316/2011 précité consid. 4.2 et 9C_959/2011 précité consid. 4.4), il incombe uniquement à la juridiction de céans d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

a) L'OAI a refusé d'entrer en matière sur l'examen de la nouvelle demande AI déposée le 11 avril 2014 par la recourante. Il a retenu que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la dernière décision de refus entrée en force rendue le 27 février 2012. Se fondant sur l'avis du 10 juin 2014 du SMR, l'OAI – au terme de la

décision litigieuse - a conclu que l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Les pièces produites à l'appui de sa nouvelle demande ne représentaient qu'une appréciation différente de l'état de fait connu et examiné par l'OAI lorsqu'il a rendu sa décision du 27 février 2012. La recourante estime quant à elle sur la base des rapports médicaux qu'elle a déposés à la suite du courrier de l'intimé du 14 avril 2014 que l'aggravation de son état de santé est avérée. Il sied de constater que la recourante n'a pas transmis d'autres documents contrairement à ce qu'elle a évoqué dans son écriture du 12 décembre 2014.

b) Le 14 avril 2014, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour produire un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Il l'a avertie qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où elle ne se plierait pas à ses injonctions.

Sur le plan somatique, la recourante soutient dans sa demande du 11 avril 2014 qu'elle souffre d'hyperlaxité ligamentaire, d'un emphysème pulmonaire (BPCO) et d'arthrose. Elle précise dans son courrier du 2 mai 2014 que ses problèmes d'hyperlaxité et d'arthrose l'empêchent de travailler à plus de 20%. Dans son courrier du 23 juin 2014, elle allègue qu'il s'agit de problèmes différents de ceux qui avaient fait l'objet de la dernière décision de refus le 27 février 2012. Si l'on peut effectivement constater que dans sa précédente demande du 11 mai 2011, elle soutenait souffrir de problèmes « rhumatologiques et dentaires », on ne doit pas s'en tenir aux termes utilisés par l'intéressée, mais aux constatations médicales établies lors de l'instruction de la demande. Or, lors de la procédure d'examen de sa demande de 2011, ce sont bien les diagnostics de polyarthralgies à caractère mixte d'origine indéterminée, d'hyperlaxité et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) qui ont été principalement retenus par les Dresses

A._____, R._____, (rapport du 15 mars 2011) et C._____ (rapport du 21 avril 2011). Ce sont notamment ces rapports qui ont été examinés par l'intimé à l'aune de sa décision de refus de prestations du 27 février 2012. Il y a ainsi lieu de retenir que les problèmes de santé dont se prévaut la recourante dans sa nouvelle demande sont à tout le moins similaires à ceux déjà examinés lors de la procédure précédente ayant amenée à une décision de refus le 27 février 2012. A l'appui de sa nouvelle demande en 2014, la recourante s'est pourtant limitée à produire les rapports des 15 mars et 21 avril 2011 précités. Dans la mesure où ceux-ci n'avaient déjà pas permis lors de la décision du 27 février 2012 de retenir une incapacité de travail durable en raison de son hyperlaxité, de sa bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou de ses polyarthralgies, on ne voit pas comment ces mêmes rapports permettraient de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis cette dernière décision.

Certes, lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande, il n'est pas tenu d'apporter la « preuve » de l'aggravation de son état de santé, mais doit néanmoins la rendre plausible par des éléments probants. En l'espèce, en se limitant à produire les rapports médicaux de 2011, à mentionner les différents médecins qu'elle a pu consultés et à inciter l'administration à prendre contact avec son médecin traitant, la recourante n'a pas apporté d'éléments nouveaux sur le plan somatique et n'a de loin pas pu rendre vraisemblable une quelconque modification essentielle de son état de santé depuis la décision du 27 février 2012. Enfin, il n'appartient pas à l'administration de prendre contact avec le médecin de l'intéressée, l'intimé ayant fixé un délai raisonnable à cette dernière pour produire des certificats médicaux.

Sur le plan psychique, la recourante soutient souffrir de dépressions depuis le 12 février 2013 et fait état d'un nouvel élément, soit un rapport du 22 août 2013 de l'hôpital psychiatrique de H._____ faisant suite à une hospitalisation du 19 au 26 février 2013 pour « mise à l'abri d'idées suicidaires dans un contexte de conflit de couple ». Outre le fait que ce rapport est antérieur de plusieurs mois au dépôt de la demande, on

ne peut rien déduire dudit rapport lequel constate le status psychique de la recourante à l'entrée et son évolution. En ce qui concerne la réaction mixte anxieuse et dépressive, avec un facteur de stress important, le trouble de la personnalité sans précision et les difficultés avec conjoint et partenaire, il est relevé qu'il n'y a pas de trouble formel de la pensée, que la thymie est sur le versant triste, qu'il n'y a pas d'idées suicidaires, ni signe floride de la lignée psychotique et que la prise en charge de la crise est faite sans indication pour un traitement pharmacologique spécifique. En d'autres termes, le rapport du 22 août 2013 ne contient aucun indice sérieux laissant à penser que l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychique a entraîné une diminution prolongée de sa capacité de travail, les médecins de l'hôpital de H._____ se limitant à relever que l'intéressée ne bénéficiait pas de suivi psychiatrique et qu'à sa sortie, le suivi serait repris par son médecin traitant. Par ailleurs, l'avis de sortie du 27 février 2013 relatif à son séjour à l'hôpital psychiatrique de H._____, qu'elle a également produit, est un document purement administratif et ne donne aucune indication médicale. La recourante échoue donc dans la démonstration d'une aggravation de son état de santé, qu'il lui appartenait d'établir pour permettre à l'intimé d'entrer en matière.

c) Faute pour la recourante d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, c'est à bon droit que l'intimé n'était pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

5. a) En définitive mal fondé, le recours 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens

en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, au demeurant non assistée par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 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 5 septembre 2014 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 P._____.

- 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 :

- P. _____, à [...],
- 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 :