

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

W._____, à [...], 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. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 novembre 2007, invoquant des douleurs de dos chroniques en raison d'une maladie de Scheuermann ainsi qu'un état dépressif récurrent. Elle y indiquait avoir débuté une formation en soins infirmiers à la Haute école X._____ (anciennement Haute école Q._____) en octobre 2005 et l'avoir interrompue en mars 2007 pour des raisons de santé.

Dans un rapport médical initial du 31 décembre 2007, la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur maladie de Scheuermann et sur déséquilibre musculaire, présentes depuis 1999, ainsi qu'un état dépressif récurrent après trois hospitalisations en milieu psychiatrique en 2001, 2003 et 2005, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des migraines et des acouphènes chroniques. Ce médecin précisait que le pronostic était favorable si la patiente trouvait une formation pas trop lourde sur le plan physique en raison de ses douleurs dorsales et qu'une activité avec possibilité de changement de position et sans position statique debout pouvait être envisagée.

Dans un rapport médical daté du 11 mars 2005, établi à l'issue de l'hospitalisation de l'assurée à la Clinique M._____ du 3 janvier au 25 février 2005, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et personnalité anxieuse et immature avec des traits dépendants (F60.7). Ce médecin avait en outre mentionné que la patiente était parvenue à accepter que ses douleurs provenaient d'une base psychosomatique en lien avec sa situation familiale lourde et qu'elle avait besoin d'une structure psychiatrique pour lui faciliter l'éloignement de sa famille et l'intégration dans la vie professionnelle. Celle-ci avait toutefois

refusé un suivi en hôpital de jour, préférant une consultation ambulatoire auprès du médecin précité.

Par décision du 8 mai 2008, l'OAI a accordé une mesure à l'assurée sous forme d'orientation professionnelle, pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Il est apparu, lors d'un entretien de bilan d'orientation qui s'est déroulé le 10 juin 2008 entre une conseillère en orientation professionnelle de l'OAI et l'assurée, que cette dernière n'était pas dans une démarche d'orientation en vue d'une formation, dans la mesure où elle présentait des troubles psychiatriques qu'il convenait d'investiguer avant de mettre en place une quelconque mesure.

Dans ce contexte, l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Au terme de son rapport d'expertise du 19 septembre 2008, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucune pathologie psychiatrique invalidante ayant un effet sur la capacité de travail, l'assurée présentant tout au plus un fond dysthymique et des éléments claustro-agoraphobiques qui n'entraînaient toutefois pas de handicap objectif majeur, ainsi qu'un trouble de la personnalité où prédominait l'immaturation avec des éléments anxieux et « pervers ». De son point de vue, il était illusoire d'envisager un reclassement professionnel, en l'absence de demande motivée en ce sens de la part de l'assurée et dans la mesure où toute formation dans la relation d'aide était, de l'avis de l'expert, contre-indiquée compte tenu de l'immaturation de l'assurée. Il préconisait donc une activité totalement différente, plus technique où l'assurée pouvait faire valoir ses nombreuses compétences professionnelles.

Dans un rapport médical du 23 octobre 2008, la Dresse S._____, médecin au sein du SMR, a estimé, sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 19 septembre 2008 du Dr B._____, que la

capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée, tenant compte de mesures d'épargne rachidienne (possibilité d'alterner les positions assise/debout, éviter les positions en antéflexion et porte-à-faux du rachis, port/soulèvement de charges limité à 15 kg de manière occasionnelle), au vu des troubles statiques et posturaux que présentait celle-ci. Ce médecin précisait qu'une partie des limitations fonctionnelles étaient liées à un déconditionnement physique global sévère, lesquelles étaient réversibles avec un traitement adéquat.

Diverses démarches ont été entreprises par l'OAI en faveur de l'assurée, laquelle a finalement été orientée dans un apprentissage d'employée de commerce effectué au J._____ (J._____) qui s'est avéré peu concluant en raison notamment de la position statique. Lors du stage d'essai, elle a passé deux journées au sein de la Fondation du J._____, auprès de moniteurs socioprofessionnels et des travailleurs en situation de handicap. Cette expérience concluante l'a poussée à poursuivre son stage de maître socio-professionnel auprès de cette Fondation avant d'entrer à l'Ecole Y._____ (Ecole Y._____) en 2011.

Par décision non contestée du 2 mars 2010, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des frais supplémentaires dans le cadre d'une formation initiale, dans la mesure où elle avait à plusieurs reprises commencé puis changé de formation sans les terminer pour des raisons étrangères à son atteinte à la santé. L'OAI a précisé qu'elle avait interrompu sa formation d'infirmière en raison notamment de ses problèmes de dos et que s'il s'avérait qu'elle n'aurait effectivement pas pu travailler comme infirmière au vu des limitations liées à l'épargne rachidienne, cette atteinte était antérieure à la formation choisie, si bien que cette formation n'était pas adaptée dès le début et n'aurait pas dû être choisie. Dans ces conditions, l'OAI n'entrait pas en matière pour la prise en charge de frais liés à une nouvelle formation.

b) Le 18 juillet 2016, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles et invoquant une fibromyalgie depuis 1999, une endométriose ainsi qu'un syndrome du côlon irritable depuis 2013,

étant précisé que le diagnostic de la maladie d'endométriose avait été posé en 2014.

Par courrier du 26 juillet 2016, l'OAI a demandé à l'assurée de produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision du droit aux prestations dans un délai fixé au 20 septembre 2016.

L'assurée a produit, le 26 septembre 2016, un rapport médical du 20 septembre 2016, dans lequel le Dr K._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, qui suit l'assurée initialement en raison d'une infertilité primaire de couple et d'une endométriose sévère avec dysménorrhée et dyspareunie, a indiqué qu'un volumineux nodule d'endométriose profonde du torus s'étendant à la paroi postérieure de l'utérus avec adhérences au niveau des deux ovaires et du rectum avait été mis en évidence lors d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée le 31 octobre 2014. Ce médecin précisait qu'une laparoscopie opératoire avec adésiolyse étendue, urétérolyse bilatérale et résection d'un volumineux nodule de la cloison recto-vaginale avait été effectuée le 30 janvier 2015 et que l'évolution post-opératoire du point de vue des douleurs n'avait pas été favorable avec persistance de celles-ci. Il mentionnait encore qu'il reverrait l'assurée pour discuter d'autres options thérapeutiques.

Par projet de décision du 26 septembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une interprétation différente d'un même état de fait.

Par avis du 6 janvier 2017, la Dresse L._____, médecin au sein du SMR, s'est prononcée sur le certificat médical du 20 septembre 2016 produit par l'assurée, en indiquant que celui-ci n'était pas de nature à rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé de celle-ci, dès

lors que la maladie diagnostiquée, présente depuis plusieurs années chez cette assurée, pouvait être soignée par différentes options thérapeutiques et ne l'avait pas empêchée de suivre les cours à l'Ecole Y._____ et d'obtenir son diplôme fin 2015. Elle a également relevé qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée par certificat médical et s'est étonnée du fait qu'une incapacité de travail à 100% ait été retenue par l'assurée elle-même dès la fin de ses études et qu'aucune nouvelle demande n'ait été déposée avant ce moment.

Par décision du 10 janvier 2017, confirmant le projet de décision du 26 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée au motif que les pièces produites n'avaient pas rendu vraisemblable une modification essentielle de la situation.

B. Par acte du 28 janvier 2017, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant implicitement à l'annulation de la décision précitée. Elle soutient que contrairement à ce que retient l'OAI, son état de santé s'est péjoré depuis 2010 dans la mesure où tous les symptômes liés à l'endométriose sont apparus en février 2013 et où le diagnostic de la maladie a été posé en août 2014. En ce qui concerne sa formation à l' [...], elle précise avoir validé tous ses modules théoriques, ainsi que son travail de Bachelor en 2015 et devoir effectuer encore dix mois de stage à 50% pour terminer définitivement sa formation. Elle explique avoir débuté ce stage en septembre 2015 et avoir dû l'interrompre en novembre 2015 en raison de ses problèmes du colon. Elle explique encore que ses conseillers pédagogiques lui ont recommandé de prendre un congé, prolongeable jusqu'à deux ans, soit jusqu'en été 2018, date à laquelle elle était censée terminer son cursus d'études.

Par réponse du 9 mars 2017, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 6 janvier 2017, tout en proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante n'a pas répliqué.

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 en matière d'assurance-invalidité (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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, est litigieux le refus d'entrée en matière prononcé le 10 janvier 2017 par l'intimé à la suite de la seconde demande de prestations déposée par la recourante le 18 juillet 2016.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), 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.

b) Selon la jurisprudence fédérale, l'exigence posée par 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références). Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière, 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la prestation pour déterminer si une modification notable de la situation justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108 consid.5)

4. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé entre la décision de refus rendue le 2 mars 2010 et sa demande de prestations du 18 juillet 2016.

L'assurée soutient au contraire qu'elle souffre de nouvelles atteintes par rapport à sa première demande de prestations et invoque à cet égard l'endométriose, maladie diagnostiquée, selon ses dires, en août 2014.

Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations AI déposée par la recourante, celle-ci a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr B._____ qui a conclu, au terme de son rapport du 19 septembre 2008, que l'intéressée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante ayant un effet sur la capacité de travail. Le SMR, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B._____, a conclu à une pleine capacité de travail, toutefois dans une activité adaptée tenant compte de mesures d'épargne rachidienne en lien avec les troubles statiques et posturaux présentés par la recourante.

Lors du dépôt de la seconde demande de prestations, l'assurée a mentionné comme atteintes une fibromyalgie depuis 1999, un syndrome du côlon irritable depuis 2013 ainsi qu'une endométriose depuis 2014.

Le diagnostic de fibromyalgie était déjà connu lors de la précédente demande de prestations (cf. rapport du Dr T. _____ du 11 mars 2005) et cette atteinte n'a pas été jugée invalidante, si bien qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. La recourante ne mentionne d'ailleurs pas cette atteinte dans son recours.

S'agissant de l'endométriose, en lien avec le syndrome du côlon irritable, on relèvera que cette maladie est présente depuis plusieurs années chez la recourante, les premiers symptômes étant apparus en février 2013. Or cette maladie n'a pas empêché celle-ci de mener à bien ses études à l'Ecole Y. _____ et d'obtenir son diplôme fin 2015. A cet égard, le rapport médical, daté du 20 septembre 2016, produit par l'assurée le 26 septembre 2016, soit hors délai, ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de son état de santé, le Dr K. _____ se contentant d'évoquer des douleurs sans toutefois se prononcer sur une quelconque influence de celles-ci sur la capacité de travail de l'assurée. Il ressort du reste également du rapport médical précité que d'autres options thérapeutiques sont envisageables pour soigner la maladie.

Il y a également lieu de constater, à l'instar du SMR, que la recourante n'a produit aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail durable ou transitoire, alors qu'elle avait été expressément invitée par l'intimé à produire un tel document. C'est la recourante elle-même qui fixe une incapacité de travail de 100% dès la fin de ses études en 2015. On peut à cet égard s'étonner du fait qu'elle ait attendu juillet 2016 pour déposer une nouvelle demande de prestations en lien avec une maladie diagnostiquée en 2014. La recourante soutient également que ses conseillers pédagogiques lui auraient conseillé une prise de congé de deux ans en raison de son état de santé. Elle ne produit toutefois aucun document établissant ses allégations. Au contraire, seule une autorisation d'un congé semestriel du 22 février au 18 septembre 2016 figure au

dossier de l'OAI et ne mentionne par ailleurs pas comme motif de la demande de congé une atteinte à la santé.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail, depuis la décision du 2 mars 2010. C'est, partant, à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par celle-ci le 18 juillet 2016.

6. 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu de fixer les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante qui, au demeurant, n'est pas assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et art. 55 al. 1 LPA-VD *a contrario*).

**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 10 janvier 2017 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.

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 :

- W. _____,
- 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 :