

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 décembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux, juge et M. Berthoud, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à (...), recourante,

et

**I.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire du [...], est titulaire d'un diplôme d'auxiliaire de santé délivré par la [...], ainsi que d'un diplôme de « gouvernante en milieu hôtelier », délivré par l'association « [...] ». Depuis son arrivée en Suisse en [...], elle a notamment travaillé comme gouvernante et dans l'hôtellerie.

Le 30 mai 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de douleurs dorsales. Le 21 janvier 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rejeté cette demande, considérant qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 12 kg, ni de travail en porte-à-faux du tronc, et permettant l'alternance des positions assise et debout), qui lui permettait de réaliser un revenu au moins équivalent à celui qu'elle aurait pu percevoir sans atteinte à la santé.

L'assurée a travaillé en qualité d'assistante socio-éducative auprès d'adultes handicapés à 80% pour la Fondation [...] à partir du 1<sup>er</sup> août 2009.

**B.** Elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 27 juillet 2015, alléguant des douleurs et une impotence fonctionnelle au niveau de l'épaule droite. Il ressort de l'instruction que l'assurée a été opérée de l'épaule droite le 8 avril 2015 par arthroscopie en raison d'une lésion de la coiffe des rotateurs subie dans le cadre professionnel. L'évolution post-opératoire s'est compliquée d'une capsulite rétractile de l'épaule droite. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a opéré l'assurée, a toutefois constaté, dans un rapport du 29 janvier 2016, que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, mais restait limitée s'agissant de l'utilisation de son épaule droite, notamment pour les gestes répétitifs, les travaux avec le bras au-dessus de la tête et pour porter des charge lourdes. Dans un

rapport du 24 mars 2016, il a mentionné une limitation des amplitudes articulaires, notamment en rotation externe.

Dans un rapport du 25 avril 2016, le Dr [...], médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle au vu de l'atteinte rachidienne déjà connue et de l'atteinte de l'épaule droite. En revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible dès le 1<sup>er</sup> mars 2016.

Le 21 juin 2016, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 30 novembre 2016, l'enquêtrice a retenu le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, ainsi qu'un empêchement de 46% pour les tâches ménagères.

Par décision du 16 janvier 2017, l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 89,2%. Pour la période postérieure, il a considéré que l'assurée présentait un taux d'invalidité de 38,3% qui n'ouvrait plus le droit à une rente. Le décompte établi par l'OAI chiffrait à 8'152 fr. le droit à la rente, duquel il fallait déduire une créance à compenser envers [...] de 5'236 fr. et envers la caisse de compensation AVS [assurance vieillesse et survivants] de 2'916 fr., correspondant à des rentes de l'époux versées en trop.

**C.** Le 25 avril 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations. Elle a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2018, lequel signalait le handicap que présentait l'assurée en lien avec ses problèmes d'épaule. Elle avait d'importantes difficultés à réaliser les tâches ménagères et ressentait des douleurs même en marchant. Le Dr (...) signalait par ailleurs des contractures à l'épaule gauche, un trajet douloureux du long chef bicipital des deux côtés et des rotations internes et

externes douloureuses au niveau des épaules. L'évolution de l'état de santé de l'assurée était également marquée par une gastrite chronique d'intensité modérée et d'activité légère depuis 2017 et par des épisodes de troubles de l'adaptation avec une composante fortement dépressive en août 2017.

- un rapport du 8 mai 2017 établi par le Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel observait lors d'un contrôle à deux ans postopératoire, une amélioration par rapport à son dernier examen le 17 octobre 2016, avec pratiquement rémission de la capsulite rétractile.

Dans un rapport SMR du 10 juin 2018, le Dr [...] a relevé que l'assurée n'avait pas démontré une aggravation de son état de santé. Les diagnostics en lien avec l'épaule droite étaient identiques à ceux retenus dans le cadre de la précédente demande et les autres diagnostics mentionnés par le médecin-traitant (troubles de l'adaptation et gastrite) étaient sans influence sur la capacité de travail.

Par projet de décision du 14 juin 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une modification de l'état de fait depuis sa précédente demande. L'OAI a confirmé son projet par décision du 30 août 2018.

**D.** Par acte du 12 septembre 2018, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle conteste en substance qu'un refus d'entrer en matière puisse lui être notifié dans la mesure où la rente qui a été allouée par décision du 16 janvier 2017 ne lui a jamais été versée. Elle a par ailleurs fait valoir qu'elle avait épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage, de sorte qu'elle se trouvait désormais sans revenu.

Le 30 octobre 2018, l'OAI a produit les déterminations de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 19 octobre 2019. Elle rappelait que l'assurée s'était vu octroyer une rente d'invalidité pour

quatre mois, dont le montant avait servi à rembourser [...] ainsi qu'à compenser les prestations versées à tort à son époux suite à la diminution de sa rente pour la période concernée.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 25 avril 2018.

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

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.

**b)** Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci

a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances 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 (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** Par décision du 16 janvier 2017, l'OAI a alloué à l'assurée une rente limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2016. A compter du 1<sup>er</sup> juin 2016, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée. La rente n'a pas été versée en mains de l'assurée mais a servi à rembourser des prestations qui lui avaient été allouées par l'assureur-accidents [...] ainsi que des prestations versées indûment à son époux. Il n'en reste pas moins que l'OAI a déjà statué, à deux reprises, sur le droit aux prestations de l'assurée, de sorte que l'on se trouve bien dans le contexte d'une nouvelle demande.

Dans ce cadre, il faut par conséquent se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 30 août 2018 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 16 janvier 2017.

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit un rapport du 16 avril 2018 établi par son médecin traitant, le Dr Q.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 8 mai 2017 établi par le Dr Z.\_\_\_\_\_, dont elle déduit une aggravation de son état de santé.

Contrairement à ce que soutient la recourante, les rapports dont elle se prévaut ne contiennent aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision du 16 janvier 2017 a été établie. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a certes

fait état d'une gastrite chronique mais aucun élément au dossier ne permet de constater que ces problèmes intestinaux auraient un caractère invalidant. Dans le même sens, la seule mention, par le Dr Q.\_\_\_\_\_, d'épisodes de troubles de l'adaptation avec une composante fortement dépressive en août 2017 ne suffit pas à rendre plausible l'installation durable d'un trouble psychique invalidant. Aucune consultation spécialisée ne semble avoir été ordonnée et le Dr Q.\_\_\_\_\_ précise que le traitement qui avait été prescrit a été stoppé en décembre 2017. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ constate également des limitations à l'épaule gauche, mais ne mentionne sur ce point aucun diagnostic et ne se réfère à aucun examen spécialisé. Il ne se prononce au demeurant pas sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, il constate une amélioration au niveau de l'épaule droite.

Dans ces conditions, force est de constater que les documents médicaux produits par la recourante dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations ne rendent pas plausible une modification particulière de son état de santé de nature à modifier ses droits en matière de prestations de l'assurance-invalidité.

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

**c)** 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**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- H.\_\_\_\_\_, 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 :