

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, a travaillé à 90 % en qualité d'éducatrice spécialisée dans le secteur socio-éducatif.

b) Le 7 juillet 2008, K._____ 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) en raison d'une hernie discale existante depuis le 12 décembre 2007. Elle était en incapacité de travail depuis cette date.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès de différents médecins, dont notamment le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a relevé, dans son rapport du 7 février 2008, qu'une IRM montrait une anomalie transitionnelle avec sacralisation de L5, une discopathie protrusive L4-L5 et une petite pointe d'hernie discale médiane à ce même niveau, mais qui n'entraînait aucune compression radiculaire.

L'assurée a été vue par les Drs B._____, spécialiste en neurochirurgie, et V._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive. Il ressort de leur rapport du 31 octobre 2008, que l'assurée pouvait travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir le port de charge limité à 5 kg, les positions assise continue et debout statique limitées à une heure. Les changements de position fréquents étaient souhaitables et le porte-à-faux, de même que les rotations du bassin et des épaules étaient à éviter.

Dans le cadre d'un examen rhumatologique effectué auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) le 5 janvier 2009, le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques dans un contexte de hernie discale L4-L5 et de sacralisation de L5 a été posé. La capacité de travail était de 30 % dans l'activité habituelle dès lors que l'assurée devait

porter des charges et qu'elle se trouvait de manière répétée dans une attitude en porte-à-faux. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis le 15 octobre 2008 (rapport du 16 janvier 2009).

Par courrier du 30 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une mesure professionnelle sous la forme d'une formation en enseignement spécialisé, laquelle s'est déroulée du 14 septembre 2009 au 31 août 2013.

A l'issue de sa formation, l'assurée a débuté un emploi le 1^{er} septembre 2013 en qualité de maîtresse d'enseignement spécialisé à 71 %.

Dans un rapport du 9 octobre 2013, le Dr W. _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, a expliqué que l'assurée avait présenté une période d'incapacité de travail totale du 28 septembre au 2 décembre 2012. Elle avait repris l'activité de façon progressive, la capacité de travail étant de 70 % dès le 15 août 2013. Le Dr W. _____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathie dégénérative étagée L3-L4 et L5-S1, avec protrusion médiane et paramédiane droite de L5-S1. La situation était restée stationnaire avec persistance des lombalgies malgré une infiltration foraminale transfacettaire L5-S1 et périurale L5-S1 le 28 septembre 2012.

Selon un avis du 14 janvier 2014, le SMR a estimé que la situation restait inchangée et la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée.

D'après un rapport du 17 mars 2014, le Dr W. _____ a recommandé la réduction du taux d'activité de l'assurée à 50 % pour l'année scolaire 2014-2015 en raison de l'augmentation de l'intensité des lombalgies en fin de journée. Elles aboutissaient souvent à des blocages lombaires, contraignant l'assurée à s'immobiliser dans son lit. Les douleurs irradiaient à la colonne cervicale, aux épaules et au membre inférieur droit.

Par projet de décision du 9 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'attention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

Dans le délai pour formuler des objections au projet de décision de refus de rente de l'OAI, l'assurée a produit un rapport du 21 janvier 2015 du Dr W._____, confirmant la nécessité de réduire le taux d'activité à 50 %, afin d'éviter un épuisement physique et psychique de l'assurée pouvant compromettre son avenir professionnel. Une IRM lombaire du 16 janvier 2015 avait montré des signes superposables à ceux de 2012, avec une discopathie modérée L3-L4 et surtout L5-S1, ainsi qu'une protrusion médiane L5-S1. Une facetarthrose s'était rajoutée au tableau.

Par avis du 25 février 2015, le SMR a relevé que les rapports du Dr W._____ n'apportaient aucun argument pour démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Les radiographies étaient superposables à celles de 2012 et les atteintes telles que présentées n'étaient pas incompatibles avec une activité adaptée à 100 %.

Par décision du 31 mars 2015, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente de l'assurance-invalidité au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail totale dans l'activité adaptée d'éducatrice spécialisée.

c) Le 26 février 2018, K._____ a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant de nouvelles périodes d'incapacité de travail.

A teneur d'un rapport du 9 mars 2018, le Dr W._____ a exposé que l'assurée avait présenté en août 2017 une crise de lumbago invalidant à la suite d'un port de charge en position de porte-à-faux. Une IRM lombaire du 6 octobre 2017 avait montré une discopathie modérée L3-L4 et une discopathie plus marquée protrusive en L5-S1, d'aspect superposable au dernier contrôle de janvier 2015. L'incapacité de travail

était totale du 21 août 2017 au 5 février 2018, puis l'assurée avait repris à 20 % dès le 6 février 2018.

Selon un avis du 27 mars 2018 du SMR, l'assurée n'apportait aucun élément pour démontrer une aggravation de son état de santé. Le rapport du 9 mars 2018 du Dr W._____ mentionnait une pathologie aiguë, qui était transitoire, sans déficit neuromoteur sous-jacent et sans compression comme le montrait la dernière IRM.

Dans un projet de décision du 9 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

L'employeur de l'assurée a adressé un courrier à l'OAI le 4 mai 2018, faisant état de signes de fatigue constatés chez l'assurée au fil des années et de sa volonté de tout faire pour maintenir son état de santé au meilleur niveau possible afin d'honorer ses engagements.

D'après les certificats médicaux du Dr W._____ transmis à l'OAI, l'assurée était en incapacité de travail totale dès le 12 septembre 2018, puis à 50 % (sur un taux d'activité de 70 %) dès le 2 octobre 2018 et à 30 % (sur 70 %) dès le 30 octobre 2018.

Par décision du 24 janvier 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

B. Par acte du 25 février 2019, K._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. En substance, l'assurée a fait valoir qu'elle avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé au vu des documents remis durant la procédure. Ceux-ci permettaient de retenir que dans l'exercice de l'activité considérée comme adaptée, la situation se péjorait. L'assurée

a par ailleurs demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision du 31 mars 2015 en raison d'une instruction lacunaire.

Dans sa réponse du 15 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et s'est référé à l'avis du SMR du 27 mars 2018. Il a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur la décision du 31 mars 2015 par la voie de la reconsidération.

Répliquant le 26 avril 2019, l'assurée a maintenu ses conclusions.

Par courrier du 29 mai 2019, l'assurée a transmis un rapport du 11 février 2019 du Dr W._____.

Dans ses déterminations du 20 juin 2019, l'OAI a rappelé que dans le contexte d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en considération. De plus, le Dr W._____ ne faisait pas état d'éléments objectivement vérifiables dont l'instruction du dossier n'aurait pas tenu compte. L'OAI a ainsi confirmé son écriture du 15 avril 2019, à laquelle il a renvoyé.

L'assurée a encore transmis, par courrier du 30 décembre 2019, un document du 23 décembre 2019 portant modification de son contrat de travail. Son taux d'activité allait être réduit à 50 % dès le 1^{er} février 2020. L'assurée a expliqué que le médecin de sa caisse pension avait retenu une incapacité de travail de 50 %.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le refus d'entrer en matière prononcé le 24 janvier 2019 par l'intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 26 février 2018.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence 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 rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) 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 prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 26 février 2018. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de rente entrée en force du 31 mars 2015, et la décision litigieuse du 24 janvier 2019, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 24 janvier 2019 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 31 mars 2015 (consid. 3c *supra*).

b) Les pièces produites par la recourante ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Si le rapport du Dr W. _____ du 9 mars 2018 relate un épisode d'exacerbations des douleurs lombaires au mois d'août 2017, il ne contient aucun élément qui attesterait d'une évolution objective par rapport à la situation au moment où la décision de

refus de rente a été établie. Au contraire, ce médecin souligne que, sur le plan radiographique, la situation est superposable à celle qui prévalait en janvier 2015. Il décrivait par ailleurs déjà une intensification des douleurs lombaires dans ses rapports des 17 mars 2014 et 21 janvier 2015. Quant aux limitations fonctionnelles (notamment du tronc en antéflexion, rotation et inclinaison), elles sont aussi comparables à celles retenues dans le cadre de l'instruction de la première demande, à savoir pas de mouvement répété de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 10 kg, au-delà de 5 kg si répété, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure, pas de travail en continu au-delà de 4 heures d'affilée (rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 16 janvier 2009 ; rapport des Drs B._____ et V._____ du 31 octobre 2008 ; rapports du Dr W._____ des 9 octobre 2013 et 17 mars 2014). Les brefs certificats médicaux du Dr W._____ relatifs à l'incapacité de travail de la recourante à partir de septembre 2018 ne comportent aucune motivation et ne suffisent pas non plus à apprécier la situation différemment. Enfin, le courrier de l'employeur du 4 mai 2018 n'est pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il mentionne des signes de fatigue et des douleurs, mais aucune constatation médicale propre à remettre en cause l'appréciation de l'intimé.

c) Concernant le rapport du 11 février 2019 du Dr W._____ et le courrier du 23 décembre 2019 relatif à la modification du contrat de travail, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, dès lors qu'ils ont été établis postérieurement à la décision litigieuse. En effet, la Cour de céans 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 (consid. 3c *supra*).

5. S'agissant de la demande de reconsidération de la décision du 31 mars 2015, il n'y a pas lieu de l'examiner. En effet, un assureur social n'est pas tenu de reconsidérer une décision, mais en a simplement la faculté, laquelle relève de son pouvoir d'appréciation ; ni la personne assurée ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1 ; TF 9C_901/2007 du 8 octobre 2008 consid. 3 non publié *in* ATF 134

V 401 ; TF 9C_671/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). On relève par ailleurs que l'objet du litige porte sur le refus d'entrer en matière sur la demande déposée le 24 janvier 2019 et non sur la reconsidération de la décision du 31 mars 2015, étant précisé que c'est la décision litigieuse qui détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 24 janvier 2019 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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (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 le 24 janvier 2019 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour K. _____),
- 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 :