

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 février 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante, représentée par Me Muriel Vautier, avocate 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)** J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2011 en qualité de conseillère de vente pour le compte de la société [...] SA.

Le 4 avril 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs aux hanches et au niveau du membre inférieur gauche, d'une hernie discale et d'arthrose au niveau de la colonne vertébrale.

A cette époque, la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que du point de vue psychiatrique, rien ne s'opposait à l'exercice d'une activité professionnelle à un taux oscillant entre 50 % et 100 %, mentionnant à titre de limitations fonctionnelles des difficultés de concentration, une anxiété et une phobie des examens (cf. rapport du 31 mai 2012).

Dans un rapport du 9 juin 2012, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une pathologie des deux hanches avec déchirure du labrum, ainsi que de lombosciatalgies avec discopathie étagée.

Quant à la Dre R. _____, chiropraticienne, elle a retenu les diagnostics de lombalgies récidivantes sur hernie discale L5-S1 sans conflit radiculaire, de syndrome d'hyperlaxité, de status post arthroscopie de la hanche droite pour kyste antérieur et lésion labrale antéro-supérieure, ainsi que de tendinite et péri-tendinite du long péroné. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était complète dans une activité de conseillère de vente, tant que celle-ci n'impliquait pas de port de charges lourdes (5-10 kg), de position en porte-à-faux répétée, de pivots répétitifs des hanches et de position statique debout maintenue (cf. rapport du 10 septembre 2012).

Par décision du 29 avril 2013, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Si l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, l'assurée était en mesure d'exercer à temps plein une activité adaptée et son degré d'invalidité s'élevait ainsi à 9 %.

A la suite de cette décision, l'assurée a effectué une formation d'employée de commerce dans le cadre de l'assurance-chômage, puis a épisodiquement travaillé en qualité de comptable pour le compte de [...].

b) Le 20 mars 2018, un entretien de détection précoce s'est tenu à la suite d'une annonce du Dr M._____, psychiatre traitant de l'assurée. A cette occasion, le Dr M._____ a notamment fait état d'un trouble de la personnalité type borderline avec traits abandonniques et a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant l'impulsivité, l'agressivité, une faible résistance à la frustration et à la pression.

Le 25 mars 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par courrier du 5 avril 2018, l'OAI lui a imparté un délai pour produire les éléments rendant plausible une modification de son degré d'invalidité.

Dans un rapport du 3 mai 2018, le Dr S._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de fibromyalgie - trouble somatoforme, de cruralgie droite chronique, de coxalgie droite, d'anxio-dépression, de dépendance au cannabis et d'allergie aux pollens et à la poussière. Il a en outre attesté d'une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2018. Il a pour le surplus transmis les rapports suivants :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire réalisée le 17 avril 2015, objectivant une discopathie étagée de L3 à S1, une discrète arthrose

interfacettaire débutante en L3-L4 et L4-L5, une protrusion discale sous-ligamentaire postéro-latérale gauche et intra-foraminale gauche en L5-S1 au contact de la racine L5 gauche dans le foramen mais sans évidence de conflit et exerçant un effet de masse sur l'émergence de la racine S1 gauche, avec suspicion de conflit à ce niveau.

- un rapport établi le 22 mai 2015 par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, retenant les diagnostics de probable syndrome radiculaire irritatif L3 droit sur lombalgies chroniques - discopathie pluri-étagée lombaire - et de méralgie paresthétiqua droite sur lésion du nerf fémoro-cutané latéral droit.

- un rapport établi le 19 février 2018 par la Dre C._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, ainsi qu'en pneumologie, posant en particulier les diagnostics de bronchite chronique avec composante asthmatique et de rhinite pérenniale d'origine non spécifique.

- un rapport établi le 20 février 2018 par le Dr Y._____, faisant notamment état d'une tendinopathie sur le trochanter et d'une progression des lésions biomécaniques au niveau de la colonne lombaire.

Dans un avis du 8 juin 2018, la Dre X._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'aucune péjoration de l'état de santé n'était documentée, les limitations fonctionnelles énoncées à l'époque de la première demande demeurant valables.

Par projet de décision du 13 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

L'assurée a contesté ce projet le 28 juin 2018.

Le 19 juillet 2018, Dr S._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport au sein duquel il a expliqué qu'il n'était pas possible de trouver une activité professionnelle classique adaptée à la personnalité de sa patiente, à ses troubles psychiatriques et à ses troubles somatiques.

Quant au Dr M._____, celui-ci a, dans un rapport du même jour, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F 33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3) et de dépendance à l'alcool (F 10.2) et au cannabis (F12.2). Il a par ailleurs expliqué que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100 % dans un milieu ordinaire, en raison de son état dépressif chronique et du fait qu'elle présentait une hypothyrie, une perte de poids, une baisse de l'élan vital, un trouble du sommeil, une anhédonie, une fatigue constante, des douleurs lombaires, une irritabilité, une tension interne, des idées suicidaires, sans scénario de passage à l'acte, une labilité de l'humeur, une anxiété et un trouble du sommeil.

Le 26 mars 2019, le Dr S._____ a produit des rapports établis par le Dr V._____ de l'Institut [...], selon lesquels l'assurée souffrait en particulier de douleurs chroniques primaires généralisées, de douleurs post-chirurgicales persistantes à la hanche droite, de dysrégulation végétative avec réaction sympathique importante et de polyneuropathie périphérique des petites fibres douloureuses - d'origine inconnue (cf. en particulier rapport du 24 janvier 2019).

Dans un avis du 16 avril 2019, la Dre X._____ a retenu que les troubles de l'assurée étaient présents de longue date et aucune limitation fonctionnelle objective n'était rapportée, si bien que ses précédentes conclusions demeuraient valables.

Par décision du 24 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet du 13 juin 2018 dont il a repris la motivation.

B. Par acte du 28 mai 2019, J._____, représentée par Me Muriel Vautier, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Elle a en substance soutenu que son état de santé s'était aggravé, en ce sens que son trouble dépressif était désormais incapacitant, avec en sus l'apparition d'une dépendance à l'alcool et au cannabis, tel que cela ressortait des rapports du Dr M._____. Par ailleurs, un nouveau diagnostic avait été posé, à savoir une polyneuropathie, laquelle faisait l'objet d'investigations.

Dans sa réponse du 9 juillet 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant aux avis médicaux du SMR.

Par réplique du 30 septembre 2019, la recourante, par son conseil, a réitéré que son état de santé s'était aggravé. A cet égard, elle a encore produit trois rapports médicaux, soit un premier établi le 5 juin 2019 par le Dr M._____, un deuxième établi le 25 juin 2019 par le Dr K._____, spécialiste en neurologie, et un troisième établi le 1^{er} juillet 2019 par le Dr S._____.

Dupliquant le 21 octobre 2019, l'OAI a, d'une part, indiqué que les rapports produits en procédure judiciaire ne pouvaient être pris en considération et a, d'autre part, estimé que ces pièces n'apportaient aucun élément qui n'aurait pas été pris en considération durant la procédure administrative. En particulier, le Dr K._____ ne mentionnait pas d'atteintes neurologiques particulières qui entraveraient la capacité de travail de la recourante.

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. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2018 par la recourante.

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).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

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). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité 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. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 25 mars 2018. Il convient donc d'examiner si l'intéressée a rendu plausible, devant l'OAI, que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision du 29 avril 2013. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit aux prestations.

Par cette décision, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en retenant que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à temps plein et que la comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité de 9 %, soit insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations.

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a fait état d'une aggravation de son état physique, ainsi que de sa santé psychique.

b) S'agissant des atteintes lombaires et au niveau des hanches, on relève qu'elles étaient à l'origine de la première demande de prestations et avaient justifié une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée n'impliquant pas de port de charges lourdes (5-10 kg), de position en porte-à-faux répétée, de pivot répétitifs des hanches et de position statique debout maintenue. Or si certaines pièces médicales produites dans le cadre de la nouvelle demande de prestations semblent mettre en évidence une péjoration de ces atteintes, le Dr Y. _____ ayant en particulier évoqué dans son rapport du 20 février 2018 une tendinopathie sur le trochanter, ainsi qu'une progression des lésions biomécaniques au niveau de la colonne lombaire, il n'en demeure pas moins qu'il n'existe aucune appréciation médicale permettant d'objectiver une influence de ces modifications sur la capacité de travail de la recourante, étant précisé qu'il n'est fait état d'aucune nouvelle limitation fonctionnelle par rapport à celles précédemment retenues. A ce stade, l'avis SMR du 8 juin 2018 peut ainsi être suivi.

S'agissant des diagnostics de bronchite chronique avec composante asthmatique et de rhinite pérenniale d'origine non spécifique, ils sont certes nouveaux, en ce sens qu'ils n'ont pas été évoqués avant la dernière décision de refus de rente le 29 avril 2013. Toutefois, la seule mention de ces diagnostics n'est pas suffisante, ce d'autant que selon le rapport de la Dre C. _____, la fonction pulmonaire demeure normale, sans traitement nécessaire, et les allergies n'entraveraient pas une pleine capacité de travail dans une activité évitant les allergènes.

Quant à l'appréciation du Dr S._____, qui évoque une fibromyalgie et un trouble douloureux somatoforme, elle repose essentiellement sur les douleurs - par définition subjectives - de la recourante et non sur un quelconque élément objectif, étant précisé que l'intéressée n'a pas produit de rapport de son rhumatologue confirmant le diagnostic de fibromyalgie et décrivant son influence sur sa capacité de travail. Le trouble somatoforme douloureux relève quant à lui de la sphère psychique qui sera examinée ci-dessous (cf. *infra* consid. 4c).

Certes, le diagnostic de polyneuropathie périphérique des petites fibres douloureuses, d'origine inconnue, a récemment été posé par le Dr V._____. Cependant, les rapports établis par ce médecin ne suffisent pas, à eux seuls, à rendre plausible que cette atteinte serait à l'origine d'une aggravation durable de l'état de santé de la recourante justifiant une entrée en matière sur sa nouvelle demande. A cet égard, il sera rappelé que les rapports produits postérieurement à la décision administrative durant la procédure judiciaire, soit en particulier celui du Dr K._____, ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre du présent litige.

c) S'agissant des atteintes d'ordre psychique, lors de la précédente décision de refus de rente, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'avait été retenu. Or désormais le Dr M._____ fait état non seulement de deux nouveaux diagnostics, à savoir une dépendance à l'alcool et une dépendance au cannabis, mais encore qualifie le trouble dépressif récurrent de la recourante de sévère. A cet égard, il importe peu que ce dernier trouble ait été connu de longue date, ce qui est au demeurant le propre d'un trouble récurrent, dans la mesure où le psychiatre traitant fait état d'une aggravation, seul élément déterminant en l'espèce. L'atteinte serait désormais incapacitante puisque selon le Dr M._____, l'assurée présenterait une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant l'impulsivité, l'agressivité, une faible résistance à la frustration et à la pression. L'appréciation de ce médecin est d'autant plus évocatrice d'une

aggravation qu'elle s'accompagne d'une augmentation de la médication et de l'intensité du suivi.

Ainsi, force est de constater que la recourante a rendu plausible qu'elle a subi, depuis la décision du 29 avril 2013, une péjoration de son état de santé psychique propre à influencer ses droits. Il appartenait ainsi à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2018.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, instruisse la cause et rende une décision sur le droit de l'intéressée aux prestations de l'assurance-invalidité.

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 de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours forfaitaires et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse et rende une décision sur le droit aux prestations de J._____.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Muriel Vautier (pour J._____)
- 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 :