

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bidiville et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat,
à Assens,

et

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

Art. 38 al. 3 et 4 let. b LPGA ; 27bis, 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé du 1^{er} avril 1980 au 30 juin 2016 comme collaboratrice de vente à 50 % pour le compte de [...].

Le 13 mars 2014, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail : elle s'est tordu la cheville gauche et a heurté son épaule droite contre un mur, ce qui lui a occasionné une rupture transfixiante du tendon sus-épineux stade AIII selon Ellmann, une rupture du tendon sous-épineux stade AIII selon Ellmann, une tendinopathie/ténosynovite du long chef du biceps, un conflit sous-acromial et une arthrose acromioclaviculaire de l'épaule droite. En totale incapacité de travail depuis le 27 mars 2014, elle a ensuite effectué plusieurs tentatives de reprise d'activité, à son taux habituel ou à temps partiel. Le cas a été annoncé à A._____ (ci-après : A._____).

En date du 12 novembre 2014, l'assurée a bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, par arthroscopie. En totale incapacité de travail depuis le jour de l'opération, elle a recouvré une capacité de 40 % dès le 18 mai 2015, puis de 50 % dès le 20 juillet 2015. Depuis cette date, elle a travaillé à 50 % de son taux de travail habituel (de 50 %).

Le 11 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction du dossier par A._____, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de A._____, s'est exprimé en ces termes le 30 novembre 2015 :

« (...)

Du point de vue assécurologique, la situation est stabilisée. L'accident et ses séquelles entraînent qu'une activité professionnelle adaptée est une activité respectant des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule D [droite]. Ces limitations fonctionnelles sont : pas de port de charge du MSD

[membre supérieur droit] supérieur à 6 kg, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe de l'épaule D coudes au corps, pas de mouvement du MSD au-dessus du niveau des épaules, pas de mouvement du MSD décollé du tronc avec effort correspondant au port de charge de plus de 2 kg et pas de mouvement répétitif du MSD décollé du tronc entre 0° et 90°. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée est totale.
(...) »

Dans un avis du 17 février 2016, le Dr F. _____, médecin au Service médical régional de l'Office AI (ci-après : le SMR), a retenu, depuis le 30 novembre 2015 au moins une pleine capacité de travail de l'assurée dans toute activité adaptée selon ses limitations fonctionnelles, son activité habituelle étant considérée comme adaptée.

Par décision du 27 mai 2016, confirmant un projet du 13 avril 2016, l'Office AI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il ressortait des investigations médicales entreprises qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée au-delà du mois de mai ou juin 2015, soit à six mois de l'arthroscopie, que son activité habituelle, telle que décrite par son employeur, était adaptée et qu'aucun empêchement n'était identifié dans ses tâches ménagères.

Par décision du 20 octobre 2016, A. _____ a retenu que l'assurée était, en dépit de ses séquelles, à même d'exercer en plein une activité ménageant son bras droit (activité ne nécessitant pas le port de lourdes charges, pas de travail au-delà de la hauteur de l'épaule et pas de forte contrainte de cette articulation), dans des secteurs tels que l'industrie, le commerce ou l'administration. Comparant le salaire que l'assurée serait susceptible de gagner à celui qu'elle réaliserait sans atteinte à la santé, A. _____ a constaté une diminution de la capacité de gain de 27 %, donnant droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents du même taux. Elle a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

B. Le 4 juillet 2018, l'assurée a demandé à l'Office AI le réexamen de son dossier à la lumière de la modification législative en matière d'invalidité entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et de la décision de

A._____ du 20 octobre 2016, rendue postérieurement au refus de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 9 août 2018, l'Office AI a signifié à l'assurée que ce changement législatif n'avait aucune incidence sur son droit aux prestations, dans la mesure où elle présentait une pleine capacité de travail dans son ancienne activité lucrative comme dans ses tâches ménagères. Il a également précisé que la prise de position de A._____ ne remettait pas en cause sa décision de refus et qu'il ne pourrait entrer en matière sur une éventuelle nouvelle demande de prestations qu'à la condition que l'état de santé se soit aggravé postérieurement à ladite décision, dans une mesure suffisamment importante pour ouvrir le droit à des prestations. L'Office AI l'a encore rendue attentive au fait qu'en cas de nouvelle demande, elle devrait produire au moins un rapport médical contenant un diagnostic, une description de l'aggravation de l'état de santé depuis sa précédente décision, un taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ses limitations fonctionnelles et un pronostic.

C. Le 6 décembre 2018, l'assurée a déposé un formulaire de nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI, une copie de l'appréciation du médecin d'arrondissement de A._____ du 30 novembre 2015 traitant du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, tout en annonçant la prochaine production d'un rapport du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 7 décembre 2018, l'Office AI a rappelé à l'assurée qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité par la production d'un rapport médical détaillé comprenant notamment une description de l'aggravation.

Le 12 décembre 2018, l'assurée a produit une attestation de A._____ du 4 janvier 2016 récapitulant ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 5 février 2019 faisant suite à une consultation du 16 novembre 2018, le Dr G. _____ a constaté ce qui suit :

« Actuellement on est à 4 ans post réparation de la coiffe épaule droite avec une bonne évolution, bonne mobilité. Il y a une légère douleur lors testing pour le sous-scapulaire et supra-épineux mais sinon la mobilité et la force sont préservées. La radiologie ne montre pas une évolution vers une omarthrose. J'ai discuté avec Mme L. _____. Il n'y a pas de contrôle ultérieur prévu chez moi. »

Le 22 février 2019, le Dr V. _____, médecin au SMR, a estimé que le rapport du Dr G. _____ n'apportait aucuns éléments médicaux dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Par projet de décision du 26 mars 2019, l'Office AI a indiqué qu'il n'entrerait pas en matière sur la demande de prestations. Il a retenu que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, étant par ailleurs précisé que la nouvelle jurisprudence ne la concernait pas, dans la mesure où une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans toutes activités adaptées avait été reconnue.

L'assurée a contesté ce projet en date des 17 et 20 mai 2019.

Par décision du 22 juillet 2019, l'Office AI a confirmé son refus d'entrer en matière.

D. Par acte du 18 septembre 2019, L. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Elle a notamment fait valoir que A. _____ avait reconnu ses séquelles dans sa décision du 20 octobre 2016, qui n'était alors pas connue de l'Office AI lors de son refus en date du 27 mai 2016 et qui mentionnait un degré d'invalidité de 27 %.

Dans sa réponse du 9 décembre 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours. En l'absence d'éléments rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée susceptible d'influencer ses

droits depuis la décision du 27 mai 2016, il a considéré que c'était à juste titre qu'il n'était pas entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations, étant précisé que le rapport du Dr G._____ faisait état d'une bonne évolution avec mobilité et force préservées. Il a par ailleurs relevé, s'agissant de la jurisprudence pour les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, que pour les nouvelles demandes, faisant suite à un refus d'octroi de rente, l'assurée devait rendre plausible le fait que le nouveau mode de calcul ferait naître un droit à la rente à défaut de quoi un refus d'entrer en matière serait notifié.

En réplique du 8 juillet 2020, L._____, désormais représentée par Me Guy Longchamp, a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle décision. Elle a notamment allégué que son état de santé s'était dégradé, influant sa capacité de travail et aggravant ses limitations fonctionnelles, et indiqué qu'elle produirait prochainement un nouveau rapport médical.

Dupliquant en date du 19 août 2020, l'Office AI a confirmé sa précédente écriture et expliqué que les limitations fonctionnelles ressortant de l'attestation de A._____ du 4 janvier 2016 étaient déjà connues lors de la décision de refus de rente du 27 mai 2016 par le biais du rapport relatif à l'examen par le médecin d'arrondissement du 30 novembre 2015.

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, la recevabilité du recours est douteuse. Compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), le délai de recours aurait normalement dû commencer à courir le 16 août 2019, pour échoir le samedi 14 septembre 2019, délai repoussé au lundi 16 septembre 2019, à nouveau repoussé au 17 septembre 2019 compte tenu du Lundi du Jeûne fédéral (cf. art. 38 al. 3 LPGA). La décision litigieuse, datée du 22 juillet 2019, a toutefois été notifiée à la recourante à une date inconnue. La question de la recevabilité souffre exceptionnellement de rester indécise, le recours devant, quoi qu'il en soit, être rejeté, ainsi qu'on le verra.

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'intimé à la recourante d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 6 décembre 2018, signifié par décision du 22 juillet 2019. L'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé depuis le 6 décembre 2018, la recourante a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 27 mai 2016.

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 LPG), 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, la décision du 27 mai 2016 retenait que la recourante ne présentait aucun empêchement dans ses tâches ménagères ni aucune incapacité de travail justifiée au-delà du mois de mai ou juin 2015, son activité habituelle étant adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour arriver à ce constat, l'intimé s'est basé sur l'avis du 17 février 2016 du SMR, lequel reprenait les constatations médicales du médecin d'arrondissement de A. _____ du 30 novembre 2015. Ces constatations faisaient état des limitations suivantes : pas de port de charge du membre supérieur droit à 6 kg, pas de mouvement répétitif de rotation interne et

externe de l'épaule droite coude au corps, pas de mouvement du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, pas de mouvement du membre supérieur droit décollé du tronc avec effort correspondant au port de charge de plus de 2 kg et pas de mouvement répétitif du membre supérieur droit décollé du tronc entre 0° et 90°. L'Office AI avait retenu que, dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail de la recourante était totale.

A l'appui de sa demande de prestations du 6 décembre 2018, la recourante a produit une attestation de A. _____ du 4 janvier 2016. Or, cette attestation, récapitulant les limitations fonctionnelles de la recourante, ne fait que reprendre les constatations du médecin d'arrondissement de A. _____ du 30 novembre 2015, déjà connues de l'intimé lorsqu'il a rendu la décision de refus du 27 mai 2016. Quant au rapport du 5 février 2019 du Dr G. _____ dont se prévaut la recourante, cette pièce ne contient aucun élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision du 27 mai 2016 a été rendue. En effet, le Dr G. _____ indique notamment qu'au niveau de l'épaule droite, il n'y a pas de déformation, pas d'atrophie musculaire, pas de signe neurologique et pas de contracture importante au niveau de la ceinture scapulaire à droite, concluant même à une bonne évolution, la mobilité et la force étant par ailleurs préservées. Ce médecin a ajouté qu'aucun contrôle ultérieur n'était prévu.

C'est enfin en vain que la recourante a annoncé la production prochaine d'un rapport médical propre à établir l'existence de motifs de révision. Hormis que cette annonce, intervenue en juillet 2020, n'a été suivie d'aucun effet, de jurisprudence constante, le dossier ne saurait être complété par des pièces produites postérieurement à la décision attaquée puisque la Cour de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé a statué.

Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu vraisemblable une modification de son état de

santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 6 décembre 2018.

b) La recourante a également fondé sa nouvelle demande sur le changement législatif intervenu depuis la première décision de l'intimé, singulièrement sur l'art. 27bis RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018. Cette disposition qui régit le calcul du degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ne saurait toutefois à elle seule permettre une révision. Il appartient en effet à la recourante de rendre plausible que dans sa situation personnelle le nouveau mode de calcul ferait naître un droit à la rente compte tenu d'une exigibilité entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telles que déjà posées par l'intimé comme A. _____ à la date déterminante de la décision de refus de prestations du 27 mai 2016.

c) En définitive, la recourante n'a apporté aucun élément (médical ou économique) susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 6 décembre 2018.

5. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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 de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 [cf. art. 82a LPGA]).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours de L._____ est rejeté, pour autant qu'il soit recevable.
- II.** La décision rendue le 22 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de L._____.
- 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 Guy Longchamp (pour L. _____),
- 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 :