

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T. _____, à Y. _____, recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, employée d'entretien, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) le 7 octobre 2002, invoquant des douleurs au niveau des muscles.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des différents médecins de l'assurée.

Dans un rapport du 7 novembre 2002, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a fait état d'une fibromyalgie, diagnostiquée pour la première fois en 1998 par la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que de céphalées chroniques existant depuis 1992. Il a fixé la capacité de travail à 50 % à compter du 1^{er} février 2002, précisant qu'il y avait eu plusieurs arrêts de travail à 100 % depuis 1998, dont la durée variait de quelques jours à plusieurs semaines.

Le 22 novembre 2002, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a ajouté aux diagnostics précédemment posés celui de syndrome du tunnel carpien bilatéral modéré. L'incapacité de travail de l'assurée a varié entre 100 % et 50 % du 21 novembre 2000 jusqu'au jour du rapport, date à laquelle elle travaillait à 50 %. Le médecin était d'avis qu'il convenait de maintenir l'exercice de l'activité professionnelle à 50 % à long terme, sous peine de rechutes à répétition.

Sollicité pour détermination, le Dr R._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que, la fibromyalgie n'étant pas une maladie invalidante sans comorbidité psychiatrique, il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique (avis médical du 4 septembre 2003).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 février 2004, il a posé les diagnostics de dysthymie, de trouble somatoforme indifférencié de gravité légère ainsi que de personnalité à traits de fonctionnement passif-dépendant. L'expert a estimé que le trouble dysthymique, associé à de multiples plaintes somatiques, pourrait tout au plus justifier une diminution de la capacité de travail de l'assurée, en termes de rendement, de 25 % depuis 2001. Il n'a pas proposé un reclassement professionnel, dès lors que c'était dans son activité de nettoyeuse qu'elle était en mesure de valoriser au mieux sa capacité de travail résiduelle.

Par décision sur opposition du 15 février 2005, l'office AI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée après avoir fixé, sur la base de l'expertise du Dr L._____, à 75 % sa capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Statuant sur le recours formé par T._____ contre la décision sur opposition du 15 février 2005, le Tribunal cantonal des assurances vaudois l'a rejeté par jugement du 31 janvier 2006 (cause n° AI 60/05 - 63/2006). Contrairement à ce que prétendait l'assurée, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, dans la mesure où, en présence d'une fibromyalgie, il s'agissait de déterminer, outre les symptômes physiques, l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante, ce que le Dr L._____ avait implicitement nié.

B. Souffrant d'une fibromyalgie et de problèmes au genou gauche, T._____ a déposé, en date du 7 mars 2019, une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué travailler au taux de 50 % depuis le 1^{er} novembre 2012 en tant qu'accompagnatrice d'enfants pour le compte de l'institution B._____ à I._____.

Le 13 mai 2019, l'assurée a produit un certificat médical établi le 3 mai 2019 par la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dans lequel elle posait les diagnostics

suivants : déchirure du ménisque interne gauche et gonarthrose, sciatalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire, fibromyalgie, obésité avec BMI à 35 kg/m² et état dépressif. Elle a expliqué que sa patiente souffrait de gonalgies gauches en aggravation depuis le début de l'année 2018, ce qui avait nécessité une arthroscopie du genou gauche avec résection du ménisque le 5 octobre 2018. En ce qui concernait les douleurs lombaires, elle bénéficiait d'un traitement de physiothérapie. La Dre K. _____ a expliqué que, compte tenu des lombalgies et des gonalgies présentées par l'assurée, celle-ci n'était pas en mesure d'augmenter sa capacité de travail. D'après elle, le pronostic était relativement mauvais dans la mesure où l'intéressée devrait bénéficier d'une prothèse totale du genou à court ou moyen terme. A l'appui de son certificat, la Dre K. _____ a joint les documents suivants :

- un compte-rendu d'examen du 8 avril 2019 au Département d'Anesthésie et Centre d'Antalgie de l'Hôpital de G. _____ sous la signature du Dr X. _____, médecin agréé, diagnostiquant des sciatalgies gauches intenses dans le cadre de troubles dégénératifs importants du rachis lombaire, une obésité (BMI à 35 kg/m²), ainsi qu'une fibromyalgie et une gonarthrose au niveau du genou gauche ; il a proposé un traitement sous la forme d'une à deux injections épidurales lombaires sous contrôle radioscopique d'anesthésiques locaux et de corticoïdes ;

- un rapport du 21 mars 2019 établi à l'intention de la Dre K. _____, dans lequel le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenait le diagnostic de gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne au genou gauche avec status après arthroscopie en novembre 2018 ; ayant relevé que les douleurs n'empêchaient pas de travailler à plein temps dans sa profession de sommelière, il indiquait lui avoir remis un bon de physiothérapie en vue d'un renforcement musculaire et d'une tonification du rachis sans autre mesure orthopédique à proposer dans l'immédiat, de sorte qu'il ne prévoyait pas de la revoir ;

- un rapport du 26 novembre 2018 du Dr H._____ à la Dre K._____, qui faisait état d'une bonne évolution à six semaines de l'arthroscopie pratiquée le 5 octobre 2018 avec reprise par l'assurée de son activité de sommelière à 50 % dès le 12 novembre 2018 puis à 100 % dès le 26 novembre 2018, les douleurs étant au demeurant moins fortes que celles ressenties avant l'opération ;
- un rapport du 25 octobre 2018 du Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de G._____, indiquant que l'intervention chirurgicale du 5 octobre 2018 s'était déroulée sans complication et que les suites opératoires avaient été simples ;
- un courrier du 10 septembre 2018 du Dr H._____ à la Dre K._____, informant cette dernière de la date définitive de l'arthroscopie ;
- un rapport du 20 juillet 2018 du Dr H._____ à la Dre K._____, envisageant une intervention chirurgicale si la modification de la molécule anti-inflammatoire et le traitement de physiothérapie ne conduisaient pas à une amélioration de la situation ;
- un compte-rendu d'IRM du genou gauche pratiquée le 5 juillet 2018.

Sollicité pour détermination, le Dr W._____, médecin auprès du SMR, a estimé que les nouvelles pièces médicales au dossier ne rendaient pas compte d'une modification de l'état de santé de l'assurée depuis la décision sur opposition du 15 février 2005 (avis médical du 1^{er} octobre 2019).

Le 2 octobre 2019, l'office AI a informé T._____ qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de prestations du 7 mars 2019, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision sur opposition du 15 février 2005, rejetant sa demande de prestations.

En l'absence de contestation, l'office AI a entériné son refus d'entrer en matière conformément à son projet de décision du 2 octobre 2019 (décision du 11 novembre 2019).

C. Par acte du 25 novembre 2019, T._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 11 novembre 2019. Souffrant de fibromyalgie et d'arthrose au niveau des genoux et du dos, elle a fait valoir qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle à un taux supérieur à 50 %. Elle a dès lors invité l'office AI à s'adresser à la Dre K._____ afin d'obtenir des renseignements quant à l'influence de son état de santé sur sa capacité de travail puis, cela fait, à réexaminer sa situation à la lumière des informations recueillies.

Dans sa réponse du 3 mars 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a souligné que dans le contexte d'une décision de refus d'entrer en matière, il ne lui appartenait pas d'instruire le dossier en interrogeant le médecin traitant.

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'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 7 mars 2019. Il convient en particulier d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification significative des faits depuis la dernière décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

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 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, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 7 mars 2019 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si cette dernière 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 11 novembre 2019, avec ceux prévalant à l'époque de la décision sur opposition du 15 février 2005, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 31 janvier 2006 (cause n° AI 60/05 - 63/2006).

Dans ce contexte, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la Cour de céans se limite à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office AI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité.

b) Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations, la recourante a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, qui a conclu, malgré les atteintes à la santé présentées dans le contexte de multiples plaintes somatiques, à une capacité de travail de 75 % dans son activité habituelle de nettoyeuse.

c) Lors du dépôt de la seconde demande de prestations, l'assurée a invoqué une maladie dont elle souffrirait depuis 1996, avant de faire état d'une fibromyalgie et de troubles au genou gauche. A l'appui de sa nouvelle demande, elle a produit un rapport du 3 mai 2019 de la Dre K. _____ dans lequel cette dernière posait les diagnostics suivants :

déchirure du ménisque interne gauche et gonarthrose, sciatalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire, fibromyalgie, obésité avec BMI à 35 kg/m² et état dépressif. La médecin prénommée a expliqué que sa patiente souffrait de gonalgies gauches en aggravation depuis le début de l'année 2018, ce qui avait nécessité une arthroscopie du genou gauche avec résection du ménisque le 5 octobre 2018. En ce qui concernait les douleurs lombaires, la recourante bénéficiait d'un traitement de physiothérapie. D'après la Dre K._____, le pronostic était relativement mauvais dans la mesure où l'intéressée devrait bénéficier d'une prothèse totale du genou à court ou moyen terme.

A son rapport, la Dre K._____ a joint plusieurs documents, dont un compte-rendu d'examen du 8 avril 2019 dans lequel le Dr X._____ diagnostiquait notamment des sciatalgies gauches intenses dans le cadre de troubles dégénératifs importants du rachis lombaire nécessitant un traitement sous la forme d'une à deux injections épidurales lombaires sous contrôle radioscopique d'anesthésiques locaux et de corticoïdes ainsi que diverses pièces émanant du Dr H._____ (rapports des 20 juillet, 10 septembre et 26 novembre 2018 ainsi que 21 mars 2019) ; celui-ci y faisait état d'une évolution favorable six semaines après l'arthroscopie pratiquée le 5 octobre 2018 avec reprise par l'assurée de son activité de sommelière à 50 % dès le 12 novembre 2018 puis à 100 % dès le 26 novembre 2018, les douleurs étant au demeurant moins fortes que celles ressenties avant l'opération ; le diagnostic retenu était celui de gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne au genou gauche dont le traitement consistait en des séances de physiothérapie en vue d'un renforcement musculaire et d'une tonification du rachis sans autre mesure orthopédique à proposer dans l'immédiat.

aa) Le diagnostic de fibromyalgie a déjà été examiné et un trouble somatoforme indifférencié de gravité légère associé à une dysthymie chez une personne à traits de fonctionnement passif-dépendant a finalement été reconnu lors de la précédente demande de prestations, atteinte qui n'a cependant pas été jugée invalidante. La recourante ne fait valoir aucun élément nouveau en rapport avec ce trouble, si bien qu'il n'y

a pas lieu d'y revenir. Il en va de même de l'état dépressif diagnostiqué par la Dre K._____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, dès lors que le Dr J._____ faisait déjà mention de la prescription d'un traitement antidépresseur.

bb) Dans son rapport du 3 mai 2019, la Dre K._____, médecin traitant, indique que la recourante souffre de gonalgies en aggravation depuis 2018 à la suite d'une déchirure du ménisque interne gauche et de gonarthrose. Elle ajoute que les sciatalgies sont en cours de traitement. A lire la Dre K._____, il semble que l'aggravation de l'état de santé invoquée est liée aux gonalgies, mais elle admet que l'arthroscopie a eu une évolution satisfaisante. Elle souligne que la présence de lombalgies et de gonalgies rendent plus difficile le travail de sa patiente, celle-ci n'étant, selon son médecin, pas en mesure de travailler à plus de 50 % ; ce taux correspond du reste au taux d'activité occupé par la recourante depuis de nombreuses années (cf. demande de prestations du 7 mars 2019, dans laquelle elle a indiqué exercer une activité d'accompagnatrice d'enfants à 50 % depuis le 1^{er} novembre 2012) et cette limitation de la capacité de travail n'est pas objectivée par des éléments nouveaux ; on constate que l'arthroscopie d'octobre 2018 a été réalisée avec succès et que le Dr H._____ ne conclut pas à une incapacité de travail, même partielle.

cc) S'agissant des sciatalgies, le Dr X._____ confirme simplement l'existence d'un traitement par injections ; les douleurs lombaires étaient d'ailleurs déjà connues à l'époque de la précédente décision (cf. notamment le rapport du Dr J._____ du 22 novembre 2002, qui mentionnait des douleurs au niveau de la musculature cervico-scapulaire et dorso-lombaire) et il n'est pas fait état d'une aggravation.

dd) Pour ce qui concerne les gonalgies, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, consulté de juillet 2018 à mars 2019, pose le diagnostic de gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne au genou gauche avec status après arthroscopie en novembre 2018 (cf. rapport du 21 mars 2019). Dans son rapport du 26 novembre

2018, il relève une diminution des douleurs par rapport à la situation antérieure à l'intervention chirurgicale du 5 octobre 2018. L'assurée ayant pu reprendre son travail de sommelière à 50 % dès le 12 novembre 2018 puis à 100 % dès le 26 novembre 2018, cet arrêt de travail temporaire est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Au demeurant, le Dr H. _____ indique que les douleurs (gonalgies) n'empêchent pas l'intéressée de travailler à plein temps (rapport du 21 mars 2019).

d) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu 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 sur opposition du 15 février 2005, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 31 janvier 2006. Partant, c'est à juste titre que l'office AI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par celle-ci le 7 mars 2019.

5. 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 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 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 novembre 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme T. _____,
- 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).

Le greffier :