

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], conseillère technique, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 avril 2007. Elle a indiqué souffrir d'un syndrome métabolique, de fibromyalgie, d'apnée du sommeil, d'hypothyroïdie, ainsi que d'un syndrome des jambes sans repos.

Par décision du 25 septembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé à l'assurée le droit à une rente de l'assurance-invalidité au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans son activité de conseillère technique depuis septembre 2006.

b) Le 30 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, alléguant souffrir de la maladie de Dercum. A compter du 1^{er} janvier 2013, elle avait travaillé en tant qu'indépendante dans l'entreprise de glaces artisanales qu'elle avait fondée. Elle avait cessé son activité au début de l'année 2016, en raison de ses douleurs (cf. courrier d'accompagnement de la demande de prestation du 30 mars 2017).

L'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire dont la réalisation a été confiée aux Drs [...], spécialiste médecine interne générale et en rhumatologie, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès au Centre [...] (ci-après : Centre M._____). Dans leur rapport du 27 mars 2018, les experts ont posé les diagnostics de syndrome métabolique avec pré-diabète, d'obésité, de maladie de Dercum, d'hypothyroïdie substituée, d'insuffisance surrénalienne d'origine centrale substituée, de syndrome des apnées du sommeil, de céphalées d'allure migraineuse, d'allergie aux amandes, de fibromyalgie, de rachialgies sur troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec lyse isthmique L5-S1 et anté-listhésis de grade I et discopathie L4-L5, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont toutefois estimé que ces atteintes

ne génèrent pas d'incapacité de travail durable. L'assurée présentait uniquement une baisse de rendement dans son activité habituelle estimée à 20 % sur le plan psychique, en raison de l'hypersomnie liée à une importante fatigue résultant du syndrome douloureux somatoforme persistant. En revanche, l'exercice d'une activité adaptée, n'impliquant pas d'endurance, était exigible à 100 %, sans baisse de rendement.

Dans un avis du 16 avril 2018, le Service médical de l'OAI (ci-après : SMR), par son médecin le Dr N. _____, a expliqué ce qui suit :

« Cette expertise satisfait aux exigences médico-asséurologiques imposées à ce type d'examen. La synthèse et les conclusions sont délicates ; en effet, comme l'ont démontré les multiples investigations et tentatives de prise en charge préalables et les constatations expertales actuelles, il n'y a pas de socle pathologique, somatique et/ou psychique cohérent aux plaintes importantes et subjectivement incapacitantes rapportées par l'assurée et ceci en dépit de consultations médicales et investigations multiples ; à ce titre il est légitime de conclure à un trouble douloureux somatoforme, d'autant plus qu'il n'existe pas de psychopathologie sous-jacente d'intensité significative. Cette entité nosologique représente le dénominateur commun à la majorité des atteintes présentées dans le paragraphe dédié aux atteintes à la santé sans incidence sur la capacité de travail si on les considère individuelle ; en revanche ces pathologies douloureuses cumulées (fibromyalgie, rachialgies, maladie de Dercum) et les traitements antalgiques de 3^{ème} palier qu'elles entraînent (bien que la littérature médicale spécialisée déconseille le recours aux opioïdes dans de tels cas) sont à considérer comme une source légitime de fatigabilité laquelle explique pourquoi les experts retiennent une diminution de rendement de 20 % dans une activité imposant beaucoup de concentration et d'endurance, comme celle de gérante individuelle d'un établissement à fonction commerciale ; dans une activité moins exigeante en termes de responsabilité, correspondant aux compétences de l'assurée, l'exigibilité est complète ».

Par décision du 28 février 2019, l'OAI a, derechef, dénié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

c) Le 22 mars 2019, la Dre K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a adressé un rapport à l'OAI, dont la teneur était la suivante :

« Jusqu'à présent, l'emploi moyen de l'appareil (ndr : auto-CPAP [Continuous positive airway pressure/respiration assistée par pression positive]) était de 5h/nuit, en général le 70 % de l'année, et

ce encore jusqu'au dernier contrôle en juillet 2016. Cette année, la patiente me fait part d'un besoin de sommeil clairement augmenté dans un contexte d'état douloureux chronique secondaire à une maladie de Dercum. Les données-mémoires du CPAP confirment un emploi quotidien du CPAP, à savoir 100 % sur l'année écoulée, avec une moyenne de 18h25/jour. L'index d'apnées-hypopnées est normal à 0,4/h, il n'y a pas de fuite autour de l'interface. Ces données confirment ainsi un besoin de sommeil clairement augmenté vraisemblablement en lien avec la maladie et le traitement antalgique qui y est relatif ».

Entre le 4 et le 15 novembre 2019, l'assurée a séjourné au sein du service de rhumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier H. _____), dans le cadre d'un séjour multimodal en vue d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique. Aux termes du rapport correspondant du 21 janvier 2020, le Prof. F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec composante somatoforme, d'insuffisance cortico-surrénalienne secondaire à un traitement exogène de corticoïde et de dépendance aux opiacés. Le Prof. F. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle à l'heure actuelle, un travail de reconditionnement global étant nécessaire avant d'envisager une éventuelle reprise de travail dans un poste adapté et à un pourcentage à réévaluer le moment venu.

d) Le 23 mars 2020, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en se prévalant du rapport du Centre hospitalier H. _____ précité.

Ce dernier, ainsi que le rapport de la Dre K. _____, ont été soumis au SMR, soit pour lui au Dr B. _____, qui a estimé qu'ils reposaient sur des suppositions ou de nouvelles hypothèses diagnostiques non-confirmées de la part de médecins traitants. Selon lui, il n'y avait à ce stade pas suffisamment d'éléments médicaux nouveaux étayés pour rendre plausible une modification significative de l'état de santé permettant de s'écarter de l'évaluation spécialisée et complète réalisée par des experts. Par ailleurs, les troubles du sommeil (hypersomnie, SAOS, syndrome des jambes sans repos) pouvaient être compensés en

consacrant davantage de temps au repos en-dehors du temps de travail, étant rappelé qu'une diminution de la capacité de travail de 20 % dans des activités exigeantes avait déjà été reconnue (cf. avis SMR du 7 août 2020).

Par décision du 7 octobre 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 23 mars 2020, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible de changer son droit aux prestations.

B. Par acte du 9 novembre 2020, G. _____, sous la plume de Me Karim Hichri, 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 pour instruction et nouvelle décision. En substance, elle a réitéré que son état de santé s'était péjoré depuis la dernière décision de refus de rente. Elle a également soutenu que l'OAI avait – de manière contraire au droit – évalué sur le fonds sa capacité de travail, en estimant que le syndrome des jambes sans repos pouvait être compensé en consacrant davantage de temps au repos en dehors du temps de travail, étant rappelé la baisse de rendement 20 % dans des activités exigeantes déjà reconnue. L'OAI avait ainsi outrepassé les règles en matière de non-entrée en matière.

Dans sa réponse du 7 janvier 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

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 par la recourante le 26 mars 2020.

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). 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'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 23 mars 2020. Il y a donc lieu d'examiner si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI, 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 7 octobre 2020 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 28 février 2019.

b) Par cette décision, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante en se fondant sur l'expertise du Centre M._____ du 27 mars 2018. Cette dernière posait comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les experts du Centre M._____ ont estimé que cette atteinte entraînait une diminution de rendement de 20 % dans l'activité habituelle. Une activité moins

exigeante était en revanche exigible à un taux de 100 %. Le Dr N. _____ a, dans son avis du 16 avril 2018, expliqué les raisons pour lesquelles une activité adaptée était pleinement exigible, contrairement à l'activité habituelle. Il a relevé que le cumul des pathologies douloureuses (fibromyalgie, rachialgies, maladie de Dercum) et des traitements antalgiques de 3^{ème} palier était une source légitime de fatigabilité, ce qui justifiait la baisse de rendement de 20 % dans une activité imposant beaucoup de concentration.

5. A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante s'est prévalué du rapport du 21 janvier 2020 du Prof. F. _____, rédigé à la suite d'une hospitalisation interdisciplinaire multimodale au Centre hospitalier H. _____ entre le 4 et le 15 novembre 2019. Or cette pièce ne permet pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé, susceptible d'influencer ses droits.

S'agissant des dorsalgies inspiro-dépendante, le rapport du 21 janvier 2020 rapporte que l'évaluation des neurochirurgiens n'avait pas mis en évidence de signe en faveur d'une myélopathie. La palpation de percussion des apophyses épineuses n'était pas algique et ne montrait pas de signe sensitif ni de troubles sphinctériens. Il n'y avait pas de paresthésie en dermatome ni de déficit moteur. Les réflexes ostéo-tendineux étaient hypovifs à la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), mais symétriques, sans clonus et avec un Babinski en flexion latérale (cf. p. 4 du rapport du Prof. F. _____ du 21 janvier 2020).

Concernant les lombalgies, les constatations décrites dans le rapport du 21 janvier 2020 ne rendent pas compte d'une évolution de la situation qui prévalait jusqu'à la décision du 28 février 2019, mais plutôt d'une chronicisation des douleurs, en lien avec une atteinte dégénérative et une lyse isthmique.

S'agissant des douleurs de la péri-hanche droite, ces dernières existaient également lors de la réalisation de l'expertise du 27 mars 2018. Le Prof. F. _____ constate que la bursite est minime et n'y associe

aucune limitation fonctionnelle. Il en va de même pour les douleurs au niveau des petites articulations des mains, une discrète synovite ayant déjà été diagnostiquée par les experts du Centre M._____ (cf. p. 23 du rapport d'expertise du Centre M._____ 27 mars 2018), ainsi que pour le syndrome des jambes sans repos et pour l'insuffisance cortico-surrénalienne.

Quant à la gonarthrose bilatérale, elle demeure débutante et aucune limitation fonctionnelle ne lui est associée.

Ainsi, le Prof. F._____ décrit, sur le plan objectif, une situation largement superposable à celle qui avait été constatée lors de l'expertise du 27 mars 2018. Il parvient également à la conclusion que la recourante présente principalement un syndrome douloureux chronique multifactoriel associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant. On relève encore que si le Prof. F._____ fait état d'une incapacité totale de travail - « pour le moment » - il ne rattache pas cette incapacité à une nouvelle atteinte ou à une aggravation d'une atteinte préexistante, mais uniquement à la nécessité d'un reconditionnement global.

6. Depuis la décision du 28 février 2019, la Dre K._____ a également transmis à l'intimé un rapport daté du 22 mars 2019, attestant d'un besoin accru de sommeil, vraisemblablement en lien avec la maladie de Dercum et le traitement antalgique qui y est relatif. Le Dr B._____ a estimé que ce rapport n'apportait pas d'éléments nouveaux et que les troubles du sommeil pouvaient être compensés en consacrant davantage de temps au repos en-dehors du temps de travail, compte tenu de la diminution de la capacité de travail de l'ordre de 20 % reconnue.

Or, la Dre K._____ ne se limite pas à retranscrire les plaintes subjectives de la recourante au sujet de son besoin de sommeil, mais examine les données-mémoires du CPAP. Ces données permettraient d'objectiver une utilisation quotidienne de l'appareil, avec une moyenne de 18h25/jour. A l'époque de la dernière décision de refus de rente, cette utilisation s'élevait à 8h/jour, tel que cela ressort du résumé des rapports

médicaux en exergue du rapport d'expertise du Centre M._____ (cf. p. 9 du rapport d'expertise du Centre M._____ 27 mars 2018). Certes, on ignore en l'état du dossier si cette augmentation du besoin de sommeil est médicalement justifiée et dans quelle mesure elle influence la capacité de travail de la recourante. On relève toutefois que lors de la dernière décision de refus de rente du 28 février 2019, la baisse de rendement de 20 % avait été reconnue en lien avec une fatigabilité légitime résultant du cumul des pathologies douloureuses et des traitements antalgiques (cf. à cet égard avis SMR du 16 avril 2018). Il n'est donc pas impossible qu'une fatigabilité accrue conduise à une incapacité de travail plus conséquente. Ainsi, le rapport de la Dre K._____ ne démontre peut être pas à ce stade la modification du droit de la recourante, mais il rend à tout le moins plausible une altération de son état de santé susceptible d'influencer son invalidité.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision querellée du 7 octobre 2020 annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 23 mars 2020, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.

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 de l'intimé, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée pour le seul dépôt du recours, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 450 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 135 V 473).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 23 mars 2020, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.

- 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 G._____ une indemnité de 450 fr. (quatre cent cinquante 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 :

- G._____ ;
- 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 :