

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mai 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux et M. Métral, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA, ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], est établie en Suisse depuis janvier 2000. Elle a travaillé dès janvier 2008 en qualité d'agente de propreté et d'hygiène à 35.017 % pour l'[...].

Le 23 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a joint en particulier un certificat médical établi le 7 décembre 2016 par les Drs V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, médecin assistante, attestant qu'elle était hospitalisée depuis le 21 novembre 2016 à l'A._____, pour une durée indéterminée.

Le 6 février 2017, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut en indiquant que, sans l'atteinte à sa santé, son taux d'activité serait de 35 % depuis 2005, pour une activité de femme de ménage.

Dans un rapport du 27 novembre 2017, les Dres Q._____ et U._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.20), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) et de trouble de la personnalité mixte, émotionnellement labile et histrionique (F60.31 ; F60.4). Elles ont mentionné que l'assurée avait été hospitalisée à sept reprises entre mai 2005 et mai 2017, pour des séjours de durée variable. Elles suivaient la patiente depuis fin 2016, dans les suites d'une des hospitalisations mentionnées. L'assurée avait eu de grandes difficultés à adhérer aux propositions thérapeutiques, mais la compliance s'était améliorée après l'hospitalisation de mai 2017. L'incapacité de travail était complète dans l'activité de femme de ménage depuis le 16 janvier 2017 et les médecins ne pouvaient pas se prononcer sur une éventuelle reprise du travail.

L'assurée a été adressé au Dr S._____, spécialiste en neurologie, en raison de brachialgies. Dans son rapport du 24 avril 2018, après avoir mis en œuvre une IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale, le neurologue a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches sur une radiculopathie C7 irritative dans un contexte de hernie discale C6-C7 paramédiane et partiellement intraforaminale gauche, et de neuropathie d'origine compressive probable du nerf médian au passage du canal carpien à droite, asymptomatique, d'intensité légère (myélinique).

Dans un rapport du 6 septembre 2018, le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie et en chirurgie de la colonne vertébrale, a indiqué qu'une nouvelle IRM montrait une discrète péjoration de la discopathie C5-C6 sous forme d'une hernie discale paramédiane gauche, tandis que la hernie intraforaminale C6-C7 gauche s'était péjorée et se situait dans le foramen gauche. Les douleurs persistant malgré le traitement conservateur, il préconisait une intervention chirurgicale.

Répondant le 7 janvier 2019 à des questions complémentaires de l'OAI, les Dres Q._____ et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.2). La situation clinique était superposable au précédent rapport. La réponse au traitement était partielle, mais la compliance bonne. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis janvier 2017, les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étant décrites comme suit : manque d'initiative, difficultés à gérer du stress, diminution de la concentration et de l'attention, difficulté à prioriser, incapacité à supporter la fatigue liée à un poste de travail.

Le Dr X._____ a répondu à des questions complémentaires de l'OAI le 10 février 2019, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome radiculaire irritatif déficitaire sensitif C6 et

C7 (prédominance C6) gauche sur hernie discale foraminale C5/C6 gauche et préforaminale C6/C7 gauche, neuropathie d'origine compressive du nerf médian au niveau du passage du tunnel carpien à droite asymptomatique et accident de la voie publique avec coup du lapin le 16 septembre 2018. La patiente présentait toujours d'importantes douleurs cervicales irradiant dans le membre supérieur gauche. Une intervention était prévue, mais pas encore planifiée.

L'intervention chirurgicale évoquée par le Dr X. _____ a eu lieu le 20 mai 2019. Répondant le 23 septembre 2019 à un questionnaire de l'OAI, le Dr X. _____ a posé le diagnostic ayant répercussion sur la capacité de travail de syndrome radiculaire irritatif, déficitaire, sensitif C6-C7, sur une hernie discale foraminale C5-C6 gauche. L'intervention avait motivé un arrêt de travail du 25 mai au 1^{er} juillet 2019. Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étaient le port de charge limité à 8-10 kg et le changement fréquent de position (assis/debout). Un traitement antalgique et des séances de physiothérapie étaient encore prescrits, avec une bonne compliance.

Le 18 novembre 2019, l'OAI a versé au dossier divers rapports médicaux relatifs à des hospitalisations d'office (PLAFA) de l'assurée à l'A. _____ en mai 2005, juin 2015, décembre 2016 et mai 2017.

Dans un avis du 9 janvier 2020, le Service médical régional de l'AI (SMR) a conclu comme suit :

« A plus de trois ans du dépôt de la demande, les éléments médicaux au dossier nous permettent de retenir ce qui suit : D'un point de vue somatique, l'assurée présente une atteinte douloureuse du rachis cervical ayant été prise en charge de manière chirurgicale après un long suivi conservateur. Les informations dispensées par les médecins ne sont que peu détaillées. Manifestement, l'intervention n'a amené qu'une faible amélioration subjective des douleurs. L'atteinte est néanmoins significative et des limitations fonctionnelles semblent pouvoir être retenues. Ces dernières ne contre-indiqueraient certainement pas la réalisation d'une activité adaptée à plein temps mais limiteraient vraisemblablement la [capacité de travail] dans l'activité habituelle d'agent de propreté et d'hygiène.

D'un point de vue psychiatrique, la problématique de consommation d'alcool après lecture du premier rapport psychiatrique semblait être au premier plan. La symptomatologie dépressive a néanmoins persisté malgré l'abstinence (rapport du 07.01.2019). De plus, les éléments décrits dans les rapports d'hospitalisation tendent à montrer que si les épisodes d'alcoolisation péjoraient et pourraient encore péjorer la situation, et que si la situation psychosociale défavorable semblait également avoir un impact sur l'état de santé, ces deux éléments ne peuvent être retenus comme suffisants à eux seuls pour expliquer les dysfonctionnements de l'assuré. Une atteinte d'ordre dépressif récurrent ainsi qu'un trouble de la personnalité sont selon toute vraisemblance bien présents. L'assurée a pu fonctionner malgré tout jusqu'à fin 2016, date à laquelle la situation s'est péjorée de manière durable. D'après les éléments à disposition, les ressources de l'assurée sont sans aucun doute très limitées.

Nous sommes donc d'avis que malgré que l'atteinte somatique ne soit pas complètement détaillée, l'ensemble de la situation découlant de l'atteinte psychique est suffisante pour justifier une [capacité de travail] nulle en toute activité.

Début de l'[incapacité de travail] durable : 100 % depuis novembre 2016.

[Capacité de travail] dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée : 0 %

Limitations fonctionnelles : Port de charge lourde, fatigabilité, difficulté dans la gestion du stress et intolérance à la frustration, manque d'initiative, difficulté dans la gestion des émotions, apparition périodique de phases de décompensation. »

L'OAI a mis en œuvre une évaluation économique sur le ménage et un rapport a été versé au dossier le 30 juin 2020, basé notamment sur une visite au domicile de l'assurée le 15 juin 2020. L'enquêtrice a déterminé un statut d'active à 35 % et ménagère à 65 %. Pour les travaux ménagers, l'évaluation a porté sur cinq postes auxquels un pourcentage a été attribué en fonction de leur ampleur par rapport à l'entier des charges du ménage. Ainsi, il a été retenu un empêchement pondéré de 0 % sur 40 % pour l'alimentation (aide exigible de la famille), de 68 % sur 30 % pour l'entretien de l'appartement, de 0 % sur 10 % pour les achats et courses diverses (aide exigible de la famille), de 68 % sur 10 % pour la lessive et l'entretien des vêtements et de 0 % sur 10 % pour le soin aux enfants (adolescent âgé de [...] ans au moment de l'atteinte, de [...] ans au moment de l'évaluation), soit un empêchement total de 27.2 % sur la part ménagère.

Par décisions des 6 octobre et 13 novembre 2020, confirmant son projet de décision du 14 juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité et une rente pour enfant liée à la rente de la mère dès le 1^{er} novembre 2017. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail ininterrompue dès le 26 novembre 2016. Au terme du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail était totale dans toute activité. Sur la base d'un empêchement de 100 % sur la part active de 35 % et de 27.2 % sur la part ménagère de 65 %, le degré d'invalidité s'élevait à (35 % + 17.7 % =) 53 %, ce qui donnait droit à une demi-rente d'invalidité.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 6 avril 2021, en faisant état d'une dépression et d'un trouble de la personnalité existant depuis 2017. Le service social de l'A. _____ avait contacté l'OAI quelques jours avant pour indiquer que la rente paraissait trop basse et le Dr J. _____, médecin assistant à la consultation ambulatoire du W. _____, avait envoyé un rapport daté du 25 mars 2021, faisant état en particulier des éléments suivants :

« La patiente a présenté des rechutes dépressives en 2017 avec une hospitalisation à l'A. _____ du 26.04.2017 au 26.05.2017. Par la suite, nous avons augmenté son traitement antidépresseur avec un effet modéré sur la thymie qui reste toutefois fluctuante depuis le début du suivi. En 2020, la patiente présente une nouvelle rechute dépressive qui s'est encore aggravée en fin d'année suite à la décision de l'AI d'octroyer une rente partielle. Elle présente actuellement une thymie très abaissée, une aboulie, des angoisses, des troubles du sommeil et une exacerbation des traits de personnalité émotionnellement labiles avec des idées suicidaires non scénarisées, ainsi que des difficultés sociales et familiales importantes en lien avec sa situation financière. »

Le 7 avril 2021, l'OAI a rendu un projet de décision, par lequel il prévoyait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation, car il n'en ressortait aucun changement notable de la situation.

L'assurée, désormais représentée par Me Yvan Henzer, s'est opposée au projet de décision le 6 mai 2021. Elle a fait valoir en premier lieu que sa demande n'était pas une demande de révision, mais de reconsidération à laquelle l'OAI aurait dû donner suite en présence de

nombreux rapports médicaux faisant état de problèmes physiques multiples et d'atteintes psychiques ayant entraîné plusieurs tentatives de suicide et hospitalisations. Face à ces éléments, elle ne comprenait pas qu'une capacité de travail résiduelle de 47 % soit retenue et déplorait l'absence d'expertise pluridisciplinaire indépendante. Elle critiquait par ailleurs les montants retenus pour établir ses revenus d'agente d'entretien et l'exclusion des heures de ménage réalisées chez des particuliers alors que cela représentait un taux d'activité allant jusqu'à 25 % par semaine. La décision comportait ainsi des erreurs dont la rectification revêtait une importance notable. Elle faisait par ailleurs valoir que les conditions d'une révision étaient réunies, compte tenu de l'aggravation signalée par le psychiatre traitant, tandis que le contexte économique et social s'était modifié avec la pandémie de Covid-19 et l'accentuation de ses conflits personnels et familiaux, points sur lesquels l'OAI aurait dû instruire, notamment en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire. L'assurée a produit, en particulier, un rapport établi le 3 mai 2021 par le Dr J._____, comportant l'appréciation suivante :

« Depuis 2017, la patiente a présenté des rechutes dépressives récurrentes, d'intensité variable mais avec une tendance à l'aggravation progressive. Les modifications du traitement pharmacologique n'ont pas eu d'effet significatif au niveau clinique. En 2020, la patiente présente une nouvelle rechute dépressive, en lien avec la pandémie COVID et les problèmes de ses trois enfants avec les consommations de drogues, ce qui est très bouleversant pour elle. L'épisode dépressif s'est encore péjoré en fin d'année 2020, suite à la décision de l'AI d'octroyer une rente partielle, ce qui est vécu comme une non reconnaissance de sa maladie. Elle présente actuellement une thymie très abaissée, une aboulie, une anhédonie, des angoisses, des troubles du sommeil et une exacerbation des traits de personnalité émotionnellement labile avec des idées suicidaires récurrentes, ainsi que des difficultés sociales et familiales importantes en lien avec sa situation financière. Il y a aussi la notion de violences de la part de son mari. »

Par courrier du 26 mai 2021, l'assurée a signalé qu'elle était hospitalisée à l'A._____ depuis le 18 mai 2021 et a produit un rapport d'entrée du 26 mai 2021 précisant que le séjour était motivé par un tentamen médicamenteux et des idées suicidaires.

Par décision du 3 juin 2021, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 6 avril 2021. Dans une lettre d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a exposé notamment ce qui suit :

« Pour commencer, nous avons retenu une incapacité de travail totale pour la part active.

En ce qui concerne le statut retenu, nous n'avons pas tenu compte de son activité chez les particuliers car ces activités n'étaient pas régulières. L'assurée ne faisait pas de recherches actives, elle ne mettait pas d'annonce mais en parlait un peu autour d'elle.

Elle explique que ce supplément financier lui permettait de s'acheter des choses pour elle. Au moment du dépôt de la demande AI, l'assurée travaillait à 35 % au [...] ce revenu correspondait à ses besoins. Ce qu'elle a par ailleurs précisé dans le document détermination du statut en février 2017.

Vous trouverez ces informations dans l'évaluation ménagère qui a eu lieu le 15 juin 2020.

(...)

Les conditions de la reconsidération et de la révision, ne sont pas remplies au vu de ce qui précède.

Votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé. »

C. L._____, toujours représentée par Me Henzer, a recouru le 9 juillet 2021 contre la décision de l'OAI précitée. Reprenant l'argumentation développée dans son opposition au projet de décision, elle a conclu, à titre principal, à ce que la décision litigieuse soit « annulée, et l'incapacité de travail reconnue à compter du 1^{er} novembre 2017 » et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé pour « réexamen et mesures d'instructions supplémentaires au sens des considérants ». A l'appui de son recours, elle a produit en particulier un rapport établi le 1^{er} juillet 2021 par la Dre U._____, dont il ressort que la rechute dépressive en 2020 était liée à la pandémie de COVID-19 et à des problèmes familiaux, que l'état de la recourante s'était aggravé en fin d'année 2020 à réception de la décision de l'OAI et que l'intéressée avait été hospitalisée durant dix jours en mai 2021.

Répondant le 1^{er} septembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision, en relevant que les éléments produits par l'assurée à l'appui de sa nouvelle demande étaient trois rapports médicaux, ainsi qu'une documentation économique générale, documents qui n'étaient pas de nature à rendre plausible une modification significative de la situation depuis les dernières décisions puisqu'une incapacité totale de travail depuis 2016 avait été reconnue.

Dans sa détermination du 18 octobre 2021, la recourante a fait valoir que son choix de travailler au taux de 35 % lorsqu'elle a conclu son contrat de travail en décembre 2007 était lié à ses contraintes familiales de l'époque. Ces contraintes n'existent plus désormais. Son enfant cadet étant majeur, elle travaillerait à 100 % sans son handicap.

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 sous réserve de ce qui suit.

2. a) Le litige porte sur le bienfondé d'un refus d'entrer en matière sur une demande de révision déposée par la recourante le 6 avril 2021, singulièrement de savoir si l'intéressée a rendu plausible, eu égard

aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de son état de santé depuis la décision du 6 octobre 2020, entrée en force.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 3 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment 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).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) 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).

d) 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, la recourante a conclu principalement à l'annulation de la décision du 3 juin 2021 et à ce qu'une incapacité de travail entière soit reconnue à compter du 17 novembre 2017. La deuxième partie de cette conclusion est cependant irrecevable, compte tenu du pouvoir d'examen restreint de la Cour de céans, qui se limitera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier, en application de l'art. 87 al. 2 RAI.

b) A titre subsidiaire, la recourante a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour réexamen et mesures d'instruction supplémentaires au sens des considérants. Il apparaît que, dans son argumentation, elle requiert que l'intimé examine sa demande de prestations du 6 avril 2021 comme une demande de reconsidération à l'encontre de la décision du 6 octobre 2020. Elle ne saurait toutefois être suivie sur ce point.

En effet, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Selon la jurisprudence,

l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération – à savoir inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification – sont réunies (TF 8C_82/2020 du 12 mars 2021 consid. 5.1 et les réf. citées). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa ; TF 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1), ce que l'office AI peut faire par une décision ou par une simple lettre sans indication des voies de droit ni motivation détaillée (cf. TF I 869/06 du 19 mars 2007 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 92 ad art. 53 LPG).

En d'autres termes, compte tenu du caractère facultatif de la reconsidération, il appartient à l'assuré qui entend obtenir une nouvelle décision par cette voie d'en faire la demande expresse et d'apporter les éléments sur lesquels il se fonde. En l'occurrence, la demande de prestation déposée le 6 avril 2021 par la recourante ne saurait être interprétée comme une demande de reconsidération, faute de conclusion motivée dans ce sens. Elle ne contient par ailleurs aucun moyen relevant de la reconsidération, dès lors qu'elle est fondée sur les éléments mis en avant par le psychiatre traitant de l'assurée dans le rapport qui a précédé le dépôt de la demande, à savoir l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée postérieurement à la première décision de l'intimé. Dans ces conditions, l'intimé n'avait aucune raison de douter du choix de la procédure mise en œuvre par la recourante, ni de l'interpeller à ce sujet.

La recourante a fait valoir pour la première fois dans son écriture du 6 mai 2021, dans le délai pour déposer des objections au projet de décision, que sa demande déposée le 6 avril 2021 devait être traitée sous l'angle de la reconsidération. Or, cette écriture du 6 mai 2021 a bien été prise en compte par l'intimé comme une demande de reconsidération, déposée en parallèle de la demande de révision du 6 avril 2021, puisqu'il en est question dans le courrier joint au refus d'entrer en matière sur la demande de révision, qui en fait partie intégrante. A ce propos, il apparaît que l'intimé s'est limité à examiner sommairement les arguments soulevés tant à l'appui de la demande de révision qu'à la demande de reconsidération, répétant et expliquant les motifs de sa décision. Il s'agit par conséquent d'une non entrée en matière sur la demande de reconsidération, ce qui ne peut être remis en cause devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La conclusion subsidiaire du recours est dès lors irrecevable en tant qu'elle vise à remettre en cause le refus d'entrer en matière de l'intimé sur sa demande de reconsidération du 6 mai 2021.

c) Il reste ainsi à examiner si la recourante a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de son état de santé depuis la décision du 6 octobre 2020, entrée en force.

5. a) Dans sa décision du 6 octobre 2020, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, l'intimé n'a retenu aucune capacité de travail. En effet, l'invalidité a été évaluée sur la base de la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), applicable aux personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part. S'agissant de la recourante, la part active a été évaluée à 35 % et la part ménagère à 65 %, sur la base des indications données par la recourante dans le formulaire de détermination du statut qui lui a été soumis en 2017 et

confirmées lors de l'évaluation économique du 30 juin 2020. Sur ce point, l'enquêtrice a encore pris note du fait que l'assurée s'était satisfaite de son emploi à 35 % durant de nombreuses années et que les heures de ménage effectuées en plus chez des particuliers étaient des activités accessoires exercées de manière occasionnelle, sans recherche active. Dans ce contexte, le degré d'invalidité de 53 % retenu ne signifie donc pas que l'intéressée dispose d'une capacité de travail de 47 %. Au contraire, se fondant sur l'avis du SMR du 9 janvier 2020, l'intimé a reconnu une incapacité de travail complète dans toute activité depuis novembre 2016, en lien avec l'atteinte psychique. Pour la part ménagère, il a également été constaté lors de l'évaluation économique que la recourante n'arrivait plus à effectuer la plus grande partie de ses tâches habituellement. En revanche, il est apparu qu'elle disposait encore de certaines ressources, résidant essentiellement dans l'aide qui peut raisonnablement être attendue des autres membres de son ménage, si bien qu'une invalidité totale ne pouvait être reconnue dans ce domaine.

A ce propos, dans l'évaluation économique du 30 juin 2020, l'enquêtrice n'a pas seulement pris note des limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Elle a également tenu compte des plaintes de la recourante elle-même, tant sur le plan physique (douleurs aux cervicales et en bas du dos, limitation pour porter, vertiges, fatigue, maux de tête, perte de sensibilité et de force dans les bras depuis l'opération au niveau des cervicales) que sur le plan psychique (tristesse, pleurs, angoisses augmentant lorsqu'il y a beaucoup de monde et de bruit, fatigabilité, mise en retrait, préférant être seule et ne supportant pas la stimulation). Ainsi, elle a constaté qu'en raison de ses douleurs cervicales, la recourante n'était plus en mesure de procéder aux travaux ménagers lourds et qu'elle pouvait accomplir elle-même certains travaux légers si elle était stimulée par son entourage. Cette capacité résiduelle a été évaluée à environ 30 % des tâches d'entretien de l'appartement et d'entretien des vêtements, postes représentant respectivement 30 % et 10 % de l'ensemble des tâches ménagères examinées. Par ailleurs, l'aide exigible du mari de la recourante a été retenue pour les postes alimentation, pour les achats et courses diverses, ainsi que pour les soins aux enfants et aux proches,

lesquels représentent respectivement 40 %, 10 % et 10 % des tâches ménagères totales. L'enquêtrice a encore noté que le fils de la recourante était âgé de [...]ans au moment de l'atteinte, de sorte que ses besoins de soins concernaient les sorties et activités de loisir. Ces besoins n'existaient plus au moment de l'évaluation, l'enfant étant âgé de [...]ans. Elle a également relevé que le mari et le fils de la recourante étaient en bonne santé habituelle et que la recourante était assistée de sa fille (adulte) lors de la visite de l'enquêtrice à domicile, notamment pour assurer la traduction.

b) A l'appui de sa demande du 6 avril 2021, la recourante a produit deux rapports médicaux établis par son psychiatre traitant en mars et mai 2021, ainsi qu'un rapport d'hospitalisation. Dans son opposition du 6 mai 2021 au projet de décision, la recourante a encore fait mention de modifications du marché de l'emploi en lien avec la pandémie de Covid-19 ainsi que du contexte social. S'agissant du marché de l'emploi, cette argumentation doit être écartée sans autre examen, dès lors qu'une incapacité de travail totale a été reconnue et qu'il n'est donc pas attendu de l'intéressée qu'elle reprenne une activité professionnelle. Il convient en outre de relever que, compte tenu du très court laps de temps écoulé entre la première décision de l'intimé et le dépôt de la demande de révision, il y a lieu de se montrer particulièrement exigeant pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée.

Sur le plan médical, les psychiatres traitants attestent d'une péjoration de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique, avec d'importants symptômes dépressifs apparus postérieurement à la décision du 6 octobre 2020. Dans ses rapports de mars et mai 2021, il apparaît que le Dr J._____ met cette péjoration partiellement en relation avec la réception de la décision de l'intimé accordant une demi-rente plutôt qu'une rente entière. La réaction d'un assuré face à une décision qui ne lui donne pas pleinement satisfaction ne saurait toutefois justifier une aggravation durable de l'état de santé. Par ailleurs, comme ce médecin le rappelle, la patiente présente régulièrement des rechutes dépressives. Pour rendre sa décision du 6 octobre 2020, l'intimé a recueilli de

nombreux rapports médicaux faisant état de tentamens suivis d'hospitalisations en milieu psychiatrique dès 2005. Il s'est fondé sur les conclusions du SMR, lequel a confirmé l'existence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, d'un trouble dépressif récurrent et d'une dépendance à l'alcool. Les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé incluent du reste l'apparition périodique de telles phases de décompensation. Dans un tel contexte, les rapports établis par le Dr J. _____ en mars et mai 2021 ne rendent pas plausible une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait jusqu'en octobre 2020. En outre, dans la mesure où la demi-rente a été accordée sur la base de l'analyse des empêchements dans les activités ménagères, il faudrait encore rendre plausible qu'une telle péjoration serait susceptible d'entraîner des limitations plus importantes dans les tâches ménagères que ce qui a été retenu lors de l'évaluation économique de juin 2020. Tel n'est toutefois pas le cas, puisque le Dr J. _____ n'a pas mentionné de nouvelles limitations fonctionnelles ni fait de constat en relation avec l'accomplissement des tâches ménagères. Les rapports médicaux produits ne justifient dès lors pas l'ouverture d'une procédure de révision.

Quant au contexte social auquel la recourante fait allusion, il y a lieu de relever que le Tribunal fédéral souligne à cet égard, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, que des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, telles que le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). En l'occurrence, l'existence de conflits récurrents entre la recourante et son mari étaient connus au moment où l'intimé a pris sa décision, puisque les psychiatres traitants ont mentionné l'existence de cette problématique dans leurs rapports des 27 novembre 2017 et 7 janvier 2019. Bien qu'il ne s'agisse pas d'éléments médicaux, le SMR a noté dans son avis du 9 janvier 2020 que la situation psychosociale défavorable de la recourante semblait avoir un impact sur son état de santé de santé psychique. En d'autres termes, il a été observé une

certaine concomitance entre les rechutes dépressives de la recourante et ses conflits avec son mari, avec vraisemblablement une corrélation entre ces deux éléments. Cela étant, c'est également au niveau des empêchements ménagers que cet élément pourrait justifier une révision. Or, il ne ressort de l'argumentation soutenue par la recourante dans son écriture du 6 mai 2021 aucun élément susceptible de rendre plausible que, dans le court laps de temps écoulé depuis la décision du 6 octobre 2020 et la nouvelle demande déposée en avril 2021, sa situation sociale se serait modifiée de manière à entraîner une augmentation de ses empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Il en va de même s'agissant de sa situation économique, qui s'est au contraire améliorée avec l'octroi d'une demi-rente rétroactive, alors que l'intéressée ne percevait plus aucun revenu depuis plusieurs années.

c) Au stade du recours, l'intéressée a invoqué un changement de statut, en ce sens que, sans l'invalidité, elle travaillerait à temps complet dès lors que son enfant cadet est désormais majeur. Cet élément n'existait pas au moment de la décision et doit donc être écarté (cf. consid. 3d ci-avant). De plus, il apparaît que l'assurée avait fait le choix de travailler à temps partiel, indépendamment du fait que son fils cadet avait déjà atteint l'âge de [...] ans lorsque la décision d'octobre 2020 a été rendue. Quant au rapport médical de la Dre U. _____ du 1^{er} juillet 2021, il n'y a pas lieu d'en tenir compte puisqu'il a été établi postérieurement à la décision litigieuse, étant au demeurant relevé qu'il ne fait que confirmer le contenu des rapports établis en mars et mai par le Dr J. _____.

d) En définitive, il faut constater avec l'intimé que la recourante n'a pas rendu plausible une modification durable de sa situation susceptible d'influer sur son droit à la rente.

6. a) Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision du 3 juin 2021 confirmée en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 6 avril 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 3 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 6 avril 2021.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- 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 :