

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juillet 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Yann Jaillet, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], employée à plein temps du 1^{er} mai 1999 au 31 janvier 2014 au service hôtelier des [...], s'est retrouvée en arrêt de travail à 50 % dès le 30 janvier 2012, puis à 100 % dès le 19 juin 2012.

Elle a déposé une 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 27 novembre 2012, invoquant des vertiges et des douleurs multiples.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès de différents médecins de l'assurée dont le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec facteurs somatique et psychiatrique (cf. rapports des 26 décembre 2012 et 11 février 2013).

A la demande du Service médical régional (ci-après : SMR), l'assurée s'est soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique auprès des Drs Z._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 17 avril 2015. Il ressort du rapport corrélatif du 27 avril 2015 que ces praticiens n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et ont posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de : fibromyalgie ; hernie hiatale anamnestique ; status après embolie pulmonaire droite ; status après thrombose veineuse non occlusive au niveau de la veine cave inférieure et de la veine rénale droite ; status après thrombose veineuse de la veine rénale gauche ; syndrome vertigineux chronique, sans substrat organique ; migraine sans aura ; stéatose hépatique avec hémangiomes hépatiques ; obésité morbide avec BMI à 40 ; coxa profunda bilatérale sans coxarthrose ; kyste ovarien droit ; discret status variqueux des membres inférieurs avec œdèmes périmalloéolaires ; discrets troubles statiques du rachis ; intolérance au lactose anamnestique ; et syndrome

douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique. Ces praticiens ont conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.

Par décision du 25 juillet 2016, l'Office AI a refusé le droit à une rente au motif qu'il ressortait de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique précité et des pièces au dossier que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail de longue durée au sens de l'assurance-invalidité.

b) Le 29 juin 2020, Y. _____ a déposé une nouvelle demande auprès de l'Office AI, invoquant des douleurs musculosquelettiques diffuses avec critères pour fibromyalgie/myalgie chronique depuis 2012.

Par correspondance du 2 juillet 2020, l'Office AI a imparti un délai à l'assurée pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans son rapport du 23 juillet 2020, le Dr F. _____ a posé le diagnostic de fibromyalgie avec multiples douleurs musculosquelettiques. Depuis l'autonomie 2016, l'assurée souffrait de douleurs crescendo au niveau des insertions musculaires sur le crâne, des angulaires de l'omoplate, des tendons du long chef du biceps, des muscles extenseurs du poignet en-dessous de l'épicondyle, des muscles rotateurs internes de la cuisse au niveau du pubis, de la patte d'oie des deux côtés et de douleurs également rétro-malléolaires des deux côtés, accompagnées de pertes de force dans les quatre membres. Depuis 2012, l'assurée n'était à son avis plus du tout apte au travail.

L'assurée a également produit des rapports :

- des 25 octobre, 15 novembre et 8 décembre 2017 du Dr W. _____, spécialiste en neurologie et en médecine du sommeil, lequel fait état d'un syndrome des jambes sans repos,

- des 12 février et 20 mai 2020 de la Dre D._____, spécialiste en neurologie, laquelle a indiqué que le « diagnostic de fibromyalgie [lui] sembl[ait] [...] le plus plausible », et
- des 24 mars et 29 avril 2020 du Dr S._____, médecin auprès de [...], lequel a posé le diagnostic de douleurs musculosquelettiques diffuses primaires avec critères pour fibromyalgie.

Dans un rapport du 31 août 2020, la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant l'incapacité de travail, il lui était difficile de se prononcer sur un taux. L'incapacité était cependant en lien principalement avec les myalgies, étant précisé que la chronicisation de l'état de l'assurée rendait difficilement imaginable une reprise d'activité.

Par avis du 29 septembre 2020, le Dr B._____, médecin auprès du SMR, a relevé que, depuis la dernière décision de l'Office AI, seul un syndrome des jambes sans repos était nouvellement mis en évidence. Or ce diagnostic était surmontable s'il était bien pris en charge. La recherche d'une étiologie organique aux douleurs musculaires était restée vaine. Il notait qu'aucune comorbidité psychiatrique n'était à prendre en compte. Dans un contexte où les ressources de l'assurée n'étaient pas étayées comme épuisées, en présence de diagnostics déjà pris en compte lors de la précédente évaluation, il ne retenait pas d'éléments suffisants susceptibles de modifier les conclusions de la décision du 25 juillet 2016.

Par décision du 10 décembre 2020, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de sa situation, les éléments médicaux transmis ne justifiant pas une aggravation notable de son état de santé avec répercussion sur la capacité de travail exigible retenue lors de la précédente décision.

B. Par acte du 6 septembre 2021, Y._____, représentée par Me Yann Jaillet, a recouru contre la décision du 10 décembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle a fait valoir qu'il y avait suffisamment d'éléments pour rendre plausible la détérioration de son état de santé et que l'Office AI se devait d'investiguer davantage.

Dans sa réponse du 31 mars 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

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, l'intimé a admis que la recourante avait eu connaissance de la décision du 10 décembre 2020 au plus tôt le 5 août 2021. 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. a) Est litigieux le refus d'entrée en matière prononcé le 10 décembre 2020 par l'intimé à la suite de la demande de prestations déposée par la recourante le 29 juin 2020.

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 10 décembre 2020 (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. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

5. a) En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 juin 2020 par la

recourante en considérant que cette dernière n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force. Il s'agit dès lors d'examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 25 juillet 2016.

b) Dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par la recourante, celle-ci a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) le 17 avril 2015. Il ressort du rapport corrélatif du 27 avril 2015 que les médecins ont notamment mis en évidence des symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique. Ce syndrome était caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, mais qui ne réunissait pas les critères de sévérité selon la jurisprudence. Les praticiens ont également retenu le diagnostic de fibromyalgie, lequel ne réunissait pas non plus les critères de sévérité. La fibromyalgie ne s'accompagnait pas de pathologie psychiatrique incapacitante et ne pouvait conduire à une incapacité de travail. A l'issue de leur examen, les praticiens ont estimé que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité. Le SMR a, sur cette base, considéré que les plaintes de la recourante n'engendraient pas de limitations fonctionnelles importantes, qu'elle ne présentait pas de trouble de la personnalité, était bien entourée par sa famille, que le diagnostic était justifié et cohérent avec la description clinique, que la thérapie était conforme aux règles de l'art et qu'il s'agissait d'une situation relativement simple, sans prise en charge psychiatrique, sans avis discordants (cf. avis SMR du 15 septembre 2015).

c) Lors du dépôt de la seconde demande de prestations, la recourante a mentionné comme atteintes des douleurs musculosquelettiques diffuses avec critères pour fibromyalgie/myalgie chronique depuis 2012, sans toutefois établir que son état de santé s'était

sensiblement modifié depuis la décision du 25 juillet 2016. Sur la base des pièces médicales produites par la recourante, la situation reste dominée par la symptomatologie douloureuse, sans qu'il n'apparaisse que ses ressources psychiques seraient désormais épuisées.

En particulier, la recourante ne fait valoir aucune nouvelle atteinte. Une ponction lombaire réalisée par la Dre D._____ n'a mis en évidence aucune anomalie, notamment aucun signe inflammatoire. De même, le bilan très large effectué par ce praticien à la recherche de maladies nerveuses, centrales ou périphériques ou d'une myopathie métabolique ou structurelle n'a pas mis en évidence de maladies du système nerveux central ou périphérique ou musculaire. Le diagnostic de fibromyalgie lui semblait « le plus plausible » (cf. rapport du 20 mai 2020). Le Dr S._____ a également estimé que la recourante souffrait de douleurs musculosquelettiques diffuses primaires avec critères pour une fibromyalgie (cf. rapport du 24 mars 2020), une IRM musculaire du corps entier n'ayant révélé aucune particularité (cf. rapport du 29 avril 2020).

S'agissant d'une aggravation éventuelle de l'état de santé psychique de la recourante - évoquée dans le rapport du 24 mars 2020 établi par le Dr S._____ -, elle n'a pas été confirmée par la Dre R._____ dans son rapport du 31 août 2020, ce médecin ne retenant aucun diagnostic appartenant à la lignée dépressive.

Quant au diagnostic de syndrome des jambes sans repos associé à des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil posé à la fin de l'année 2017 par le Dr W._____, il n'est pas évoqué dans les rapports plus contemporains établis par les Drs F._____ (du 23 juillet 2020), D._____ (du 12 février 2020) R._____ (du 31 août 2020) ou encore S._____ (du 24 mars 2020), si bien que l'on ignore si cette problématique perdure.

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

du 25 juillet 2016. C'est, partant, à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par celle-ci le 29 juin 2020.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1 bis 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.

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Y._____.
- 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 Yann Jaillet (pour Y. _____),
- 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 :