

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

OFFICE AI POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], a notamment travaillé en qualité de vendeuse, de nettoyeuse auxiliaire, d'employée de maison, puis, en dernier lieu, en tant que collaboratrice de distribution pour le compte de [...], à un taux de 40 %.

Le 15 août 2011, l'assurée a été victime d'une chute au volant de son scooter à la suite d'un freinage brusque. Son épaule droite a heurté le sol. Cet accident a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

L'assurée a consulté le lendemain la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale et alors sa médecin traitante. Dans un rapport du 25 janvier 2012, cette dernière a diagnostiqué une rupture transfixiante partielle du sus-épineux droit, une bursite sous acromio-deltoïdienne et une rupture partielle étendue du sous-épineux et partielle de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire droit. Elle y a en outre indiqué avoir adressé l'assurée au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la suite du traitement.

Le 20 décembre 2011, l'assurée a été opérée de l'épaule droite par le Dr K._____. Ce dernier a fait état, dans le protocole opératoire daté du même jour, des diagnostics suivants :

- Tendinopathie sévère avec micro-instabilité de type III selon Habermeyer du long chef du biceps (LCB) au niveau de la gouttière bicipitale à l'épaule droite ;
- Déchirure partielle de la partie haute du tendon sous-scapulaire à l'épaule droite ;
- Importante déchirure partielle pratiquement transfixiante du tendon sus-épineux à l'épaule droite.

Dans un rapport du 30 mars 2012, le Dr T._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir au Dr K._____ que l'assurée l'avait consulté après l'opération du 20 décembre 2011 en raison d'une brusque diminution de son audition et d'un acouphène au niveau de son oreille gauche. Les examens complémentaires réalisés avaient révélé une surdité neurosensorielle sévère de l'oreille gauche, la perte auditive s'élevant aux alentours de 50 %, ainsi que des acouphènes.

Le 26 mars 2012, une scintigraphie osseuse a été réalisée dans le but de rechercher un Sudeck. Le radiologue, dans son rapport du même jour, a conclu à une hypercaptation tissulaire modérée et à une hyperfixation en phase osseuse en surprojection de l'épaule droite, qui étaient compatibles avec le status post-opératoire récent. Une algodystrophie paraissait peu probable. Il n'y avait pas de captation ou de fixation anormale du coude et du carpe à droite.

Par rapport du 30 avril 2012, le Dr K._____ a expliqué que l'assurée ressentait toujours de fortes douleurs quatre mois après l'opération de son épaule droite. La scintigraphie osseuse n'avait néanmoins pas confirmé la présence d'un Sudeck. Au vu de ces constatations, ce médecin a suggéré l'organisation, pour sa patiente, d'un séjour de rééducation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion. Il a au demeurant indiqué avoir contacté le Centre de la douleur de [...] à [...].

Le 1^{er} mai 2012, l'assurée a déposé auprès de l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de moyen auxiliaire sous la forme d'un appareil acoustique pour une oreille, qui a été acceptée le 18 juillet 2012.

Le 31 mai 2012, une IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale a été effectuée, laissant apparaître, selon le rapport du radiologue daté du même jour, des discopathies, particulièrement prononcées aux vertèbres C3-C4 à C5-C6, sans conflit de racine ni canal étroit.

Dans un rapport du 28 juin 2012, le Dr X._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de la douleur de [...], a exposé que la symptomatologie dont se plaignait l'assurée lui paraissait plus d'origine cervicale que véritablement scapulaire.

Le 30 juin 2012, l'assurée a été licenciée de son poste de collaboratrice de distribution à [...].

Le 2 juillet 2012, l'assurée a été examinée par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du 7 juillet 2012, ce dernier a posé les diagnostics de status après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de capsulite rétractile au décours et de suspicion de Sudeck non confirmée lors de la scintigraphie osseuse du 26 mars 2012. Il a attesté que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans sa profession habituelle. Il s'est de surcroît rallié à la proposition du Dr K._____ de planifier un séjour à la CRR.

L'assurée a été hospitalisée à la CRR entre le 21 août et le 19 septembre 2012.

b) Le 10 septembre 2012, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a annoncé s'être, d'une part, déchirée l'épaule droite à la suite de l'accident du 15 août 2011 et, d'autre part, « réveillée sourde de l'oreille gauche » après l'intervention chirurgicale du 20 décembre 2011, cela en raison d'un virus contracté dans la salle d'opération. Elle se trouvait en totale incapacité de travail depuis le 30 novembre 2011, excepté durant la période entre le 12 et le 20 mars 2012, durant laquelle sa capacité de travail était de 50 %.

Sollicitée par l'OAI, la Dre V._____ a posé, dans un rapport du 26 septembre 2012, les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail suivants :

- status post-arthroscopie de l'épaule droite à la suite de douleurs secondaires à un accident de la circulation ;
- status après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ;
- capsulite rétractile au décours, de suspicion de Sudeck non confirmé lors de scintigraphie osseuse du 26 mars 2012 ;
- état anxio-dépressif réactionnel à un bouleversement total de la vie de l'assurée (accident, handicap et licenciement de son travail).

La médecin traitante a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de perte de l'audition de l'oreille droite en post-opératoire. Elle a en outre attesté que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de collaboratrice de distribution. Sa capacité de travail était en revanche pleine dans une activité adaptée, à savoir un travail ne nécessitant pas de lever les bras au-dessus de la tête, de soulever ou de porter certaines charges (dont le poids n'a pas été précisé) et de monter sur un échafaudage ou une échelle, cela dès la disparition des douleurs et du deuil de son licenciement. La Dre V. _____ a par ailleurs mis en évidence une capacité de concentration limitée.

Dans un avis médical du 23 novembre 2012, le Dr H. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une incapacité de travail totale chez l'assurée dans son activité habituelle. Il n'était en revanche pas en mesure d'évaluer, cela avant de recevoir de la part de la CNA la lettre de sortie de la CRR, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui consistaient à ne pas de porter des charges supérieures à 5 kg ni à travailler avec les membres supérieurs positionnés au-dessus de l'horizontale.

Par rapport du 12 février 2013, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique cervico-brachial à droite. Son épaule était actuellement souple et la coiffe des rotateurs paraissait compétente. Il n'avait de la sorte pas l'impression

qu'une pathologie orthopédique significative à l'origine de l'état douloureux persistait.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 4 juin 2013. Dans son rapport daté du même jour, l'enquêtrice a proposé de reconnaître à l'assurée un statut d'active à temps plein, étant donné que cette dernière avait déclaré que, dans l'hypothèse où elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons financières.

Par rapport du 9 octobre 2013, le Dr K. _____ a indiqué qu'il n'était plus possible d'attester une incapacité de travail chez l'assurée en raison de son épaule, celle-là étant liée à d'autres atteintes.

Le 15 mai 2014, l'assurée a une nouvelle fois été examinée par le Dr G. _____. Ce dernier a en substance indiqué, dans son rapport du 24 juin 2014, que l'arthrose cervicale révélée par l'IRM du 31 mai 2012 était à l'origine de l'ensemble des symptômes. Compte tenu qu'aucun traitement spécifique au niveau de la nuque n'avait pour l'instant été mené, il a proposé d'adresser rapidement l'assurée à la CRR, afin de lui faire bénéficier d'une physiothérapie adaptée.

L'assurée a à nouveau séjourné à la CRR, du 11 juin au 4 juillet 2014.

Le 16 septembre 2014, elle a été convoquée par le Dr G. _____ pour un bilan final. Par rapport du 25 septembre 2014, celui-ci a exposé que les investigations n'avaient pas permis de mettre en évidence un lien de causalité naturelle entre l'accident du 15 août 2011 et l'arthrose cervicale. L'assurée était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui consistaient à ne pas porter de charges supérieures à 5 kg ainsi qu'à éviter toute activité en dessus de l'horizontale, en traction ou en répulsion du membre supérieur droit et en force ou en rotation de ce dernier.

Par rapport du 7 octobre 2014, la Dre D._____, médecin au SMR, a adhéré aux conclusions finales du Dr G._____. Elle a ainsi retenu une incapacité de travail totale chez l'assurée dans son activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport susmentionné.

Par projet de décision du 28 octobre 2014, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de lui reconnaître le droit à rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2014.

Le 20 novembre 2014, l'assurée, représentée par AXA-ARAG Protection juridique, a fait savoir à l'OAI qu'elle contestait partiellement son projet de décision, dans la mesure où son droit à une rente d'invalidité était limité dans le temps. A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport du 17 novembre 2014 de la Dre V._____, dans lequel cette dernière expliquait que sa patiente était dorénavant suivie par la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison d'une dépression.

Interrogée par l'OAI, la Dre M._____ a mis en lumière, dans son rapport du 12 juin 2015, les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger et moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11) et de trouble de la personnalité à trait dépendant et anankastique (CIM-10 F61.0) de même que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de difficultés liées à l'orientation de son mode de vie avec accentuation de certains traits de la personnalité (CIM-10 Z73.1). Elle a attesté chez l'assurée une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle. Elle ne s'est en revanche pas exprimée sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ces nouveaux éléments, l'OAI a convoqué l'assurée à une expertise médicale auprès de la Dre R._____ (ci-après : l'experte), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Dans son rapport du 1^{er} mars 2017, cette dernière a en substance retenu les diagnostics suivants :

« Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

F33.0 Episodes dépressifs récurrents légers évoluant avec des hauts et des bas depuis au moins 2014 au présent. Répercussion sur le rendement, mais pas sur la capacité de travail.

Diagnostiques sans répercussions sur la capacité de travail

F45.4 Trouble douloureux somatoforme persistant **sans** indices de gravité jurisprudentiels remplis. Diagnostic moins probable.

versus :

F54 Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs **sans** indices de gravité jurisprudentiels remplis. Diagnostic plus probable.

Z73.1 **Traits de la personnalité anankastique et dépendant**, actuellement non décompensés. »

L'experte n'a observé aucune limitation fonctionnelle significative sur le plan psychiatrique. Seuls des douleurs, une fatigue sans ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration subjectifs ressortaient. La Dre R. _____ a en définitive constaté une capacité de travail entière chez l'assurée, avec une baisse de rendement de l'ordre de 30 %, dans une activité adaptée au niveau d'acquisition et au status somatique, la dernière activité exercée étant une activité adaptée d'un point de vue psychiatrique.

Dans un avis médical du 4 avril 2017, la Dre D. _____ du SMR a confirmé qu'il ne pouvait plus être exigé de l'assurée qu'elle reprenne son ancienne activité de collaboratrice de distribution en raison de l'atteinte somatique. En revanche, d'un point de vue psychiatrique, une activité adaptée aux limitations somatiques restait exigible à temps plein depuis 2014, avec une baisse de rendement de 30 %.

Par projet de décision du 22 mai 2017, l'OAI a une nouvelle fois fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui reconnaître le droit à rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2014.

Le 12 septembre 2017, l'assurée, toujours par l'intermédiaire d'AXA-ARAG Protection juridique, a contesté ce projet de décision. Afin d'étayer sa position, elle a notamment produit :

- un rapport du 7 septembre 2017 de la Dre M._____ mettant en lumière des troubles de la mémoire, de la fatigue et un épuisement psychologique en raison des douleurs ;
- un rapport du 13 septembre 2017 du Dr C._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assurée, par lequel ce dernier a suspecté un rhumatisme inflammatoire ainsi que relevé des douleurs lombaires et au coude gauche ;
- un rapport du 17 février 2017 du Dr W._____, spécialiste en rhumatologie, exposant que l'assurée souffrait d'arthromyalgies d'origine mécanique dégénératives (des omalgies sur souffrance du supra-épineux, des cervico-dorsalgies musculo-tensives et des lombalgies sur des troubles dégénératifs).

Dans un avis médical du 20 octobre 2017, le Dre D._____ du SMR a réaffirmé les conclusions prises dans son avis du 4 avril 2017.

Par décision du 7 décembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mai 2017 et a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, couvrant la période du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2014. Il a considéré que, dès septembre 2014, l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le revenu qu'elle était en mesure d'en retirer ne laissait subsister aucun préjudice économique en sa défaveur. Ainsi, son droit à la rente s'éteignait trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit au 31 décembre 2014. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 1^{er} février 2021, l'assurée, sous la plume de Me Laurent Damond, s'est adressée à l'OAI, afin de lui faire part d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de sa demande de prestations, elle a transmis les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 11 juin 1999 du Dr S._____, médecin praticien, relevant que l'assurée souffrait de céphalées chroniques sur un état dépressif ;
- un rapport de biopsie du 8 juillet 2017 laissant apparaître un psoriasis chez l'assurée ;
- un rapport du 20 août 2018 de la Dre P._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, par lequel cette dernière a mentionné que l'assurée présentait un psoriasis pustuleux palmopantaire aux deux mains et pieds, la situation s'améliorant toutefois depuis une semaine grâce à un traitement de Bepanthen Plus ;
- un rapport du 24 juillet 2019 du Dr W._____ faisant état des diagnostics d'arthromyalgies migrantes dans le contexte d'une arthrite psoriasique, de fibromyalgie, de lombalgie chronique mécanique dégénérative ainsi que de dépression en tant que comorbidité. L'assurée souffrait de douleurs diffuses, y compris des mains, avec des douleurs prédominantes au niveau lombaire ;
- un rapport du 25 juillet 2019 de la Dre Q._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, par lequel cette dernière a déclaré qu'inclure l'assurée dans un protocole de fibromyalgie ne lui semblait pas indiqué ;
- un rapport du 20 août 2019 du Dr C._____ mettant en évidence le diagnostic de rhumatisme psoriasiforme, suspecté à la consultation depuis 2016, mais dont l'anamnèse rétrospective pouvait se situer avant 2014. Ce médecin a exposé que, sur le plan somatique, l'assurée ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles antérieures (pas de poste avec utilisation des bras au-dessus de la poitrine ni de port de charge de plus de 5 kg à deux mains) étaient en effet toujours d'actualité. A ces dernières, s'ajoutaient les limitations fonctionnelles suivantes : l'interdiction du travail en zones humides ou froides, du travail posté, stationnaire debout ou assis et des mouvements itératifs.

Il convenait de privilégier les positions alternées (possibilité de se lever, de s'asseoir et de marcher régulièrement), de prévoir des pauses supplémentaires et d'adapter le poste de travail sur le plan ergonomique. Le rendement de l'assurée était diminué. Le Dr C. _____ a enfin signalé que le rhumatisme inflammatoire entraînait chez cette dernière une fatigue, un épuisement à l'effort, des troubles de concentration et du sommeil de même que des douleurs périphériques et axiales. Ces éléments aboutissaient inévitablement à un épuisement global de ressources tant physiques que psychiques ;

- un rapport d'IRM cérébrale du 27 novembre 2020 démontrant une atrophie corticale bi-frontale d'importance modérée sans autre anomalie significative ;
- un rapport du 10 décembre 2020 du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, expliquant que les limitations fonctionnelles de l'assurée sur le plan psychiatrique n'étaient pas uniquement liées au trouble dépressif et anxieux, mais également à la lésion organique du cerveau qui avait été révélée par l'IRM cérébrale du 27 novembre 2020. A cet égard, l'intéressée présentait des difficultés à établir des relations, ces dernières étant ponctuées par des nombreuses ruptures. Elle était émotionnellement instable et souffrait d'altérations de son pragmatisme. L'organisation de son planning était affectée. Elle présentait une hypersensibilité au stress. Son état psychique était fluctuant, avec des phases de décompensation plus importantes. Sa fatigabilité était significative, dans la mesure où elle ne pouvait se dédier à une tâche que pour des courtes périodes. L'atteinte à son attention accentuait sa fatigabilité et portait préjudice au fonctionnement de sa mémoire. Elle était incapable de gérer les situations complexes et disposait de peu de ressources adaptatives. Elle faisait preuve d'un manque d'initiative et son degré d'autonomie était réduit. Le Dr L. _____ a dès lors conclu que l'assurée ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle, même légère et théoriquement adaptée.

Invitée par l'OAI à déposer une nouvelle demande de prestations à l'aide du formulaire idoine, l'assurée a donné suite à cette requête le 12 février 2021. Dans ce cadre, elle a inscrit ce qui suit sous la rubrique relative au genre d'atteinte à la santé : « Accident du 15.8.2011, voir certificat et rapports déjà envoyés ».

Le dossier a été soumis à la permanence du SMR, qui a observé, le 18 mars 2021, que la situation n'avait pas changé sur le plan psychiatrique. D'un point de vue somatique, le tableau clinique était identique et aucun nouvel élément ne permettait de modifier les limitations fonctionnelles retenues.

Par projet de décision du 18 mars 2021, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement dans sa situation.

Par courrier du 29 avril 2021, l'assurée, par le biais de son conseil, a fait part de son objection au projet précité. A cet effet, elle a informé l'OAI qu'elle était actuellement suivie par le Centre [...] du CHUV à [...] et qu'elle lui communiquerait dès que possible un rapport de ce dernier.

Le 16 août 2021, l'assurée, toujours sous la plume de son mandataire, a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport de PET/CT (tomographie par émission de positons) du cerveau du 26 avril 2021 indiquant une « absence d'aspect de captation cérébrale de FDG au PET de maladie neuro-dégénérative, notamment pas de signe évident pour une DFT » et un « captation corticale dans les normes au niveau des deux hémisphères cérébrales (sic) » ;
- un rapport d'IRM du cerveau du 22 juin 2021 constatant l'absence d'anomalie cérébrale à même d'expliquer les symptômes de l'assurée ;

- un rapport du 9 juillet 2021 de deux psychologues du Centre Z._____ mettant en évidence une atteinte de la mémoire épisodique verbale et non-verbale modérée à sévère, associée à un déficit de la mémoire à court terme verbale ainsi qu'un léger défaut praxique gestuel. Le reste des fonctions cognitives testées apparaissait en revanche globalement préservé ;
- un rapport du 4 août 2021 de la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre Z._____, faisant état d'un diagnostic de trouble cognitif léger avec atteinte mnésique épisodique isolée, d'origine thymique probable ;
- un rapport du 11 août 2021 du Dr L._____ reprenant les éléments des rapports précités et concluant que, quand bien même les diverses imageries cérébrales réalisées avaient permis d'exclure un processus neurodégénératif, la symptomatologie cognitive restait prévalente chez l'assurée et signalait un stade sévère des troubles dépressifs, de sorte que l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques restait totale dans toute activité.

Dans un avis médical du 8 septembre 2021, le Dr N._____, médecin au SMR, a exposé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux nouveaux rendant plausible une modification objective de son état de santé par rapport à sa précédente demande et pouvant modifier son droit à des prestations.

Par décision du 10 septembre 2021, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière du 18 mars 2021.

C. Par acte du 14 octobre 2021, J._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer exactement sa capacité de travail résiduelle, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a joint à son envoi un onglet de pièces sous bordereau comprenant :

- le rapport du 11 juin 1999 du Dr S._____ ;
- le rapport du 20 août 2018 de la Dre P._____ ;
- le rapport de biopsie du 8 juillet 2019 ;
- le rapport du 24 juillet 2019 du Dr W._____ ;
- le rapport du 25 juillet 2019 de la Dre Q._____ ;
- le rapport du 20 août 2019 du Dr C._____ ;
- le rapport d'IRM cérébrale du 27 novembre 2020 ;
- le rapport du 10 décembre 2020 du Dr L._____ ;
- le rapport de PET/CT du cerveau du 26 avril 2021 ;
- le rapport d'IRM du cerveau du 22 juin 2021 ;
- le rapport du 9 juillet 2021 des deux psychologues du Centre Z._____ ;
- le rapport du 4 août 2021 de la Dre B._____.

Par réponse du 21 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision du 10 septembre 2021.

Par réplique du 17 février 2022, l'assurée, toujours sous la plume de son mandataire, a maintenu ses conclusions et a produit les pièces suivantes :

- le rapport d'IRM du cerveau du 22 juin 2021 ;
- un rapport du 24 septembre 2021 du Dr W._____ ;
- un rapport du 15 novembre 2021 du Dr [...], spécialiste en neurologie ;
- un rapport du 26 novembre 2021 du Dr L._____ ;
- un rapport du 1^{er} décembre 2021 du Dr C._____ ;
- un rapport du 1^{er} décembre 2021 du Dr W._____.

Par duplique du 7 mars 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions, précisant que, dans le contexte d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en considération.

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. a) Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 12 février 2021.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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 septembre 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) 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).

4. a) En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident de scooter le 15 août 2011 dans le cadre de son activité de collaboratrice de distribution pour [...]. Cet événement a d'abord été annoncé à la CNA, qui

a pris en charge le cas, notamment une opération de l'épaule droite réalisée en décembre 2011 par le Dr K._____. Plus tard, le 11 septembre 2012, la recourante a déposé auprès de l'OAI une première demande de prestations. Le cas a fait l'objet d'une longue instruction en collaboration avec l'assureur-accident. La recourante a ainsi séjourné à deux reprises à la CRR, en 2012 et en 2014. Elle a en outre été examinée plusieurs fois par le médecin d'arrondissement de la CNA, dont la dernière le 16 septembre 2014. Les différents rapports médicaux ont été régulièrement communiqués à l'intimé. Après avoir été informé que la recourante bénéficiait d'un suivi psychiatrique en raison d'une dépression, l'OAI a complété l'instruction en mettant en œuvre une expertise psychiatrique en 2017. Il est finalement ressorti de cette instruction, spécialement du rapport final du Dr G._____ du 25 septembre 2014, que, sur le plan somatique, l'assurée souffrait principalement d'une arthrose cervicale C3-C4 et C5-C6. Un status post-arthroscopie de l'épaule droite, des vertiges d'origine iatrogène sur probables myorelaxants et une surdité brusque de 50 % de l'oreille gauche après l'intervention chirurgicale de décembre 2011 avaient également été mis en évidence en tant que pathologies associées. Du point de vue psychiatrique, l'expertise a laissé apparaître les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents légers (F33.0) fluctuants depuis 2014 dans le contexte d'un trouble douloureux persistant (F45.4) *versus* de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) avec des traits de la personnalité dépendante anankastique (Z73.1). Compte tenu de ces éléments, le médecin du SMR a conclu, dans son avis du 4 avril 2017, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son ancienne activité de collaboratrice de distribution. Elle était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui consistaient en l'interdiction de port de charges supérieures à 5 kg ainsi que de toute activité en dessus de l'horizontale, en traction ou en répulsion du membre supérieur droit et en force ou en rotation de ce dernier. Il convenait de tenir compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 30 % du fait des atteintes psychiatriques. C'est sur la base de ces constatations médicales que, par décision du 7 décembre 2017, l'intimé a accordé à la recourante une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er}

mars 2013 au 31 décembre 2014, estimant que l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du mois de septembre 2014 et que le revenu qu'elle était en mesure d'en retirer ne laissait subsister aucun préjudice économique en sa défaveur. Cette décision est entrée en force.

b) aa) Le 12 février 2021, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. Faisant valoir une aggravation de son état de santé, elle a produit plusieurs pièces médicales, dont principalement le rapport du 20 août 2019 du Dr C._____, le rapport du 24 juillet 2019 du Dr W._____ et le rapport du 10 décembre 2020 du Dr L._____.

bb) Dans son rapport du 20 août 2019, le Dr C._____ a exposé que sa patiente était atteinte de rhumatisme psoriasiforme. Les premières poussées de psoriasis étaient apparues après le décès de l'ex-mari de l'assurée, en 2002. Cette pathologie entraînait chez cette dernière de la fatigue, un épuisement à l'effort, des troubles de la concentration et du sommeil ainsi que des douleurs périphériques et axiales. Le Dr C._____ a de surcroît rappelé que sa patiente souffrait de troubles dépressifs légers à modérés depuis au moins l'année 2014. Toutefois, ces constatations médicales étaient connues de l'intimé au moment de l'instruction de la première demande de prestations, puisque ce même médecin avait auparavant fait état, dans son rapport 13 septembre 2017, d'un diagnostic de rhumatisme inflammatoire et relevé des douleurs lombaires et au coude gauche. Le diagnostic de troubles dépressifs et les symptômes relatifs à la fatigue et à la concentration, eux, avaient été mentionnés par la Dre R._____ dans son rapport d'expertise du 1^{er} mars 2017. Le Dr G._____, dans son rapport final du 16 septembre 2014, avait aussi fait mention d'arthrose et de douleurs au bras droit. Au demeurant, le Dr C._____ avait expressément reconnu, dans son rapport du 20 août 2019, que le rhumatisme psoriasiforme était présent depuis 2016, voire 2014 - le psoriasis remontant même à 2002 - et les troubles dépressifs depuis 2014. Ces atteintes à la santé existaient donc avant que la

procédure liée à la première demande de prestations ne soit clôturée par la décision de l'intimé du 7 décembre 2017.

cc) Le Dr W._____, quant à lui, a mis en évidence, dans son rapport du 24 juillet 2019, les diagnostics d'arthromyalgies migrantes dans le contexte d'une arthrite psoriasique, de lombalgie chronique mécanique dégénérative, de dépression et de fibromyalgie. Il a en outre relevé que l'assurée présentait des douleurs diffuses au niveau des mains. Aussi, comme exposé au considérant précédent, l'intimé avait été informé de l'existence de ces trois premiers troubles et de ces douleurs lors de l'instruction de la demande de prestations du 11 septembre 2012. Ce médecin retenait au demeurant le diagnostic d'arthromyalgies d'origine mécanique dégénératives déjà en 2017. Concernant le diagnostic de fibromyalgie, ce dernier n'a aucunement été étayé par la recourante et est uniquement évoqué dans le rapport précité. La Dre Q._____ a de plus fait part, dans son rapport du 25 juillet 2019, de sa réticence à inclure l'assurée dans un protocole de fibromyalgie. La preuve de la présence d'une telle pathologie ne semble donc pas apportée dans le cas d'espèce. En tout état de cause, ce diagnostic est superposable à celui de trouble douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), retenu par la Dre R._____ dans son rapport d'expertise du 1^{er} mars 2017, si bien qu'il ne s'agit pas d'un nouvel élément. La jurisprudence a en effet admis que les manifestations cliniques d'une fibromyalgie sont pour l'essentiel similaires à celles d'un syndrome somatoforme douloureux (CIM-10 F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fruit d'un médecin rhumatologue (TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1).

dd) Enfin, le Dr L._____ a expliqué, dans son rapport du 10 décembre 2020, que les limitations fonctionnelles de l'assurée sur le plan psychiatrique étaient partiellement dues à une lésion organique du cerveau. Ce constat a toutefois été écarté ultérieurement par la

Dre B._____ dans son rapport du 4 août 2021. Lesdites limitations fonctionnelles ne trouvent donc pas leur origine dans une nouvelle atteinte (somatique) à la santé, mais résultent exclusivement des troubles psychiques qui ont été diagnostiqués par l'experte en 2017. Le Dr L._____ a d'ailleurs fini par le reconnaître dans son rapport du 11 août 2021.

ee) Les autres pièces médicales transmises avec le recours ne permettent pas davantage de démontrer que l'état de santé de l'assurée se serait aggravé depuis sa première demande de prestations. Il n'est du reste pas contesté que la recourante présente des limitations du point de vue psychiatrique, dès lors qu'une baisse de rendement de 30 % avait été reconnue en raison des troubles psychiques.

ff) Au vu de ces éléments, il y a lieu de constater qu'au cours de la procédure administrative initiée à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 12 février 2021, la recourante n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation significative de sa situation depuis la décision de l'intimé du 7 décembre 2017 lui accordant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, qui serait susceptible d'influer sur son droit aux prestations. Elle aurait à cet égard dû se prévaloir des constatations médicales susmentionnées dans le cadre d'un recours contre ladite décision du 7 décembre 2017 et non subséquemment, à l'occasion de sa seconde demande de prestations. Comme expliqué aux considérants précédents, les rapports médicaux qu'elle a produits pour appuyer sa demande ne rendent pas plausible une modification de l'état faits déterminant depuis le dernier examen de son droit aux prestations. Ils mettent au contraire en lumière une situation restée inchangée depuis 2016 (voire 2014) s'agissant du volet somatique et depuis 2014 en ce qui concerne le volet psychiatrique.

c) Les rapports médicaux produits par l'assurée avec sa réplique du 17 février 2022 ne peuvent de surplus pas être pris en compte, dans la mesure où le juge est tenu de se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 3c). Il

convient cependant de rappeler qu'il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI si elle estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

d) Par conséquent, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé de la recourante, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 12 février 2021.

e) Notons encore qu'en présence d'une décision de refus d'entrer en matière, les conclusions prises dans le cadre d'un recours contre cette dernière peuvent uniquement tendre à une entrée en matière sur le fond du litige et non à l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans la même mesure, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction au stade de la procédure de recours, de sorte que la requête visant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire doit être rejetée.

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 10 septembre 2021 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 septembre 2021 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 J._____.
- 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 :

- Me Laurent Damond (pour J. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :