

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par M. Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], a travaillé en tant que femme de ménage à 25 % pour Q._____ dès février 2015, ainsi qu'au taux de 15 % pour H._____ dès mars 2015. Une incapacité totale de travail a cependant été attestée du 1^{er} au 17 mai 2015 et du 30 juin au 5 juillet 2015, puis Q._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 août 2015.

Entre-temps, le 4 juin 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une hernie discale survenue lors d'une chute en décembre 2009.

Dans un rapport du 14 juin 2015, le Dr M._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies récidivantes sur spondylolisthesis de degré 1 S5-L1 ainsi que de cervicalgies et brachialgies gauches intermittentes, et a attesté de plusieurs périodes d'interruptions de travail dès 2012.

Le 22 septembre 2015, prenant connaissance de ce rapport, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a conclu à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de plus de 5 kg, porter loin du corps, flexion et rotation de la colonne lombaire, position accroupie et à genou.

L'assurée a été hospitalisée du 20 avril au 5 mai 2017 au [...], en raison d'une lombosciatalgie droite. Les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, médecin assistante, ont alors posé le diagnostic principal de syndrome lombo-radiculaire L5 droit irritatif et déficitaire sur hernie discale paramédiane droite L5-S1 avec parésie du releveur de l'hallux droit (M4) et spondylolisthesis sur lyse isthmique L5-S1

(cf. rapport des Drs N._____ et G._____ du 15 mai 2017). L'évolution était favorable sous physiothérapie et il n'était pas retenu d'indication opératoire.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr M._____ a indiqué, le 1^{er} septembre 2017, que la patiente était extrêmement algique dans un premier temps mais que l'évolution était lentement favorable. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Il a précisé le 22 novembre 2017 que la médication antalgique était en cours de diminution, mais que l'assurée présentait probablement un trouble dépressif, actuellement modéré réactionnel, ainsi qu'un trouble anxieux avec une certaine kinésiophobie.

A la suggestion du SMR, une expertise pluridisciplinaire comprenant la médecine interne, la rhumatologie, la neurologie et la psychiatrie a été mise en œuvre début 2018 par l'OAI. Le mandat a été attribué à la K._____, où l'assurée a séjourné du 26 au 28 juin 2018. Les Drs R._____, spécialiste en médecine interne, D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, P._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en neurologie, ont déposé leur rapport d'expertise le 11 juillet 2018. Ils ont retenu les diagnostics de cervico-scapulalgies (M53.1) et lombosciatalgies chroniques (M54.4) dans le contexte de discopathies discrètes et d'une discopathie L5-S1 (M51.9) avec lyse isthmique et spondylolisthésis de degré I L5/S1 (M43.17), d'évolution anxiodépressive réactionnelle à un problème rachidien (F41.2), d'obésité avec indice de masse corporelle de 32,4 kg/m² (E66.99) et d'hypertension artérielle (I10.90). Les périodes d'incapacité de travail mentionnées par le médecin traitant pouvaient être retenues, à savoir 100 % du 12 avril au 6 mai 2012, 100 % du 12 au 21 juillet 2013, 100 % du 2 au 22 septembre 2014, 100 % du 1^{er} au 18 mai 2015. Une capacité de travail dans l'activité de femme de ménage était possible à raison de 8 heures par jour avec un rendement de 50 % pour tenir compte du fait que le travail ne respectait pas les limitations fonctionnelles, de juin 2015 à mai 2017 puis à nouveau depuis début 2018. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète, sans diminution de

rendement, depuis début 2018. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de travaux répétés en flexion-rotation du tronc, pas de travaux sur des machines vibrantes, alternance des positions et changements de positions 10 minutes par heure, pas d'effort en hyperextension du rachis cervical ou en rotation répétée de celui-ci. Étaient joints au rapport d'expertise pluridisciplinaire, un rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2018, un rapport d'examen neurologique du 26 juin 2018 et un rapport d'expertise psychiatrique du 28 juin 2018. Dans son avis du 12 septembre 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts.

Par décision du 11 février 2019, confirmant un projet du 31 octobre 2018, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente du 1^{er} mai 2016 au 31 août 2017, puis à une rente entière du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2018. Il lui a par ailleurs octroyé une aide au placement, à laquelle l'assurée a renoncé par courrier du 8 mars 2019, au motif qu'elle ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 avril 2020, en raison d'un trouble de l'adaptation avec éléments anxieux et dépressifs.

Après avoir invité l'intéressée à produire un rapport médical détaillé attestant d'une aggravation de son état de santé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision par courrier du 14 avril 2020, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus d'entrer en matière sur sa demande de révision le 26 mai 2020. Le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a alors adressé un rapport à l'OAI le 16 juin 2020, dans lequel il exposait que l'assurée l'avait consulté et qu'elle lui avait fait part de sa motivation à reprendre un travail à temps partiel dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, à savoir l'alternance de positions et l'absence de ports de charges répétitifs.

Par décision du 6 juillet 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 9 avril 2020.

C. Le 2 juin 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, accompagnée d'un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 22 février 2021 concluant comme suit :

« Discopathies L4-L5 et surtout L5-S1, en phase inflammatoire marquée en L5-S1.
Antélisthesis de L5 sur S1 de 5 mm en position couchée, sur lyse isthmique bilatérale.
En L5-S1, protrusion herniaire médiane, para médiane et protrusion discale en barre sur antélisthesis, l'ensemble engendrant un rétrécissement récessal et neuro-foraminal des deux côtés, conflictuel avec la racine L5 des deux côtés notamment à droite. »

Par courrier du 4 juin 2021, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour produire un rapport médical détaillé attestant d'une aggravation de son état de santé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Il lui a notifié le 16 septembre 2021 un projet de refus d'entrer en matière sur sa demande de révision, confirmé par décision du 26 octobre 2021.

D. Z. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette dernière décision par courrier daté du 8 novembre 2021, déposé au greffe le 22 novembre 2021. Concluant implicitement à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande de révision, elle a fait valoir que ses douleurs au niveau du dos s'étaient propagées dans la nuque. Avec son recours, elle a produit en particulier un rapport établi le 17 novembre 2021 par la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un rapport établi le 30 mars 2021 par le Dr S. _____, spécialiste en anesthésiologie, faisant état d'une prise en charge débutée le 17 février 2021 en raison de lombalgies irradiant le long du segment L5 des deux côtés.

Dans sa réponse du 7 février 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse, en précisant qu'il était loisible à la recourante de lui indiquer si le dépôt de son recours devait

être considéré comme une nouvelle demande, eu égard au rapport psychiatrique qu'elle avait produit à cette occasion. L'intimé a joint un avis SMR du 31 janvier 2022, concluant comme suit :

« Les éléments médicaux objectifs somatiques fournis par l'assurée sont sensiblement superposables à ceux connus lors de la 1^{ère} demande. A l'IRM, l'on détecte tout au plus une discrète discopathie L4-L5 comme nouvel élément. Ces atteintes ne peuvent expliquer les plaintes douloureuses de l'assurée et ont déjà été prises en compte lors de la 1^{ère} demande, et ne modifient pas les [limitations fonctionnelles].

L'élément médical nouveau est le suivi psychiatrique, mais le [rapport médical] qui nous est fourni est incomplet et ne permet pas de statuer sur la situation actuelle en termes de [limitations fonctionnelles] ou de [capacité de travail], ni même de valider les diagnostics mentionnés. Nous relevons que les diagnostics retenus sont de nature anxieuse, mais le status fait défaut. Il est évoqué un trouble de personnalité non spécifié, ce qui ne ressortait pas du volet psychiatrique de l'expertise de 2018. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande, 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 11 février 2019, entrée en force.

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).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 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, dans sa décision du 11 février 2019, l'intimé a reconnu un droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, en constatant que la recourante disposait à nouveau, dès le 1^{er} janvier 2018, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Celles-ci étaient l'alternance des positions et changements de positions 10 minutes par heure, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux répétés en flexion/rotation du tronc, pas de travaux sur les machines vibrantes, pas d'effort en hyperextension du rachis cervical ou en rotation répétée de celui-ci.

Cette décision se fondait sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire déposé le 11 juillet 2018, incluant des expertises de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie, ainsi qu'un examen neurologique. A l'issue de leurs examens, les experts avaient retenu les diagnostics de cervico-scapulalgie (M53.1) et lombosciatalgies chroniques (M54.4) dans le contexte de discopathies discrètes et d'une discopathie L5-S1 (M51.9) avec lyse isthmique et spondylolisthesis de degré I L5/S1 (M43.17), d'évolution anxiodépressive réactionnelle à un problème rachidien (F41.2), d'obésité avec indice de masse corporelle de 32,4 kg/m² (E66.99) et d'hypertension artérielle (I10.90).

b) A l'appui de sa demande du 2 juin 2021, la recourante n'a produit qu'un seul document médical, à savoir un rapport d'IRM lombaire du 22 février 2021. Ce rapport fait certes état de discopathies L4-L5 « et

surtout » L5-S1. A cet égard, le SMR a observé, dans son rapport du 31 janvier 2022, que cette IRM n'avait pas mis en évidence d'atteinte nouvelle hormis la discopathie L4-L5, qu'il a qualifiée de discrète. Cependant, une IRM, par définition, vise uniquement à montrer l'état d'un organe à la date où elle a été effectuée et le rapport établi à cette occasion n'en est que la description objective. Il n'en va pas différemment du rapport d'IRM produit par la recourante, qui ne contient aucun renseignement sur la douleur ressentie par l'assurée ou sur d'éventuelles limitations fonctionnelles induites par les atteintes mise en exergue. Par conséquent, cette pièce médicale ne suffisait pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis le mois de février 2019, et encore moins à faire admettre une péjoration susceptible de réduire notablement la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, telle qu'elle a été déterminée en février 2019. Bien qu'expressément invitée à produire tout autre élément d'ordre médical allant dans le sens d'une telle évolution, l'intéressée n'a pas réagi dans le délai fixé, ni émis d'objection à réception du projet de décision de refus d'entrer en matière du 16 septembre 2021.

c) Dans son recours, la recourante a fait valoir que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer son métier de femme de ménage et que ses douleurs dorsales s'étaient propagées dans la nuque. L'inadéquation de l'activité de femme de ménage avec l'état de santé de la recourante est admis. L'intimé a cependant retenu, dans sa décision de février 2019, qu'il existait une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et qu'un reclassement dans une nouvelle profession était exigible de la recourante. Quant aux douleurs cervicales, il ne s'agit pas non plus d'un élément nouveau. En effet, lors de ses entretiens avec les experts mandatés par l'intimé en 2018, la recourante a signalé qu'elle souffrait de cervicalgies depuis janvier 2018 (cf. ch. 3, plaintes actuelles, p. 4 du rapport d'expertise du 11 juillet 2018 ; p. 4 du rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2018, « anamnèse de l'appareil locomoteur » ; ch. 3 p. 2 de l'examen neurologique du 26 juin 2018). Les experts ont également eu connaissance des résultats d'une IRM cervicale effectuée le 17 janvier 2018 (cf. ch. 2, p. 3 du rapport d'expertise

du 11 juillet 2018 ; ch. 2, p. 3 du rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2018 ; ch. 4, p. 3 du rapport d'examen neurologique du 26 juin 2018). Les cervicalgies ont ainsi déjà été prises en compte par les experts pour évaluer la capacité de travail de la recourante. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante.

Il sied encore de rappeler que les pièces médicales produites par la recourante avec son recours ne peuvent pas être pris en considération dans la présente procédure, dont l'examen est limité à l'état du dossier au moment où l'intimé a statué. Il incombait en effet à la recourante de produire les pièces utiles à l'examen de sa demande durant la procédure administrative. Cependant, comme l'a rappelé l'intimé dans sa réponse, il reste loisible à la recourante, si elle estime que les pièces médicales déposées dans le cadre du présent recours rendent plausible une péjoration de son état de santé, de formuler une nouvelle demande accompagnée de tous les documents médicaux utiles.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Z._____.

- 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 :

- M. Asllan Karaj (pour Z._____),
- 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 :