

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 87 RAI ; art. 82 LPA-VD.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] en Irak, enseignante de formation, est arrivée en Suisse en 1999. Depuis lors, elle n'a plus exercé d'activité lucrative et s'est occupée de ses enfants et de son foyer.

Le 4 juin 2008, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de douleurs dorsales, d'allergies et de problèmes psychiques.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 23 juillet 2009 dans les locaux du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 14 septembre 2009, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, et J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires dans le contexte de protrusion discale L3-L4 et L4-L5 sans conflit radiculaire, arthrose postérieure débutante et dysbalances musculaires (M51.3), ainsi que de début de gonarthrose et d'arthrose fémoro-patellaire à droite (M17.1). Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de début de polyarthrose des doigts, d'excès pondéral et de majoration des plaintes. Les médecins ont considéré que la capacité de travail était entière dans toute activité adaptée et dans la tenue du ménage, malgré des limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte rachidienne, soit éviter les positions statiques prolongées et le port de charges.

Par décision du 16 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'atteinte à la santé de l'assurée ne l'empêchait pas de tenir son ménage ni d'exercer une activité lucrative adaptée.

B. Le 5 août 2011, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, sans la motiver.

Dans un rapport du 7 septembre 2011 à l'OAI, le Dr B._____, médecin généraliste, a notamment retenu le diagnostic de forte anxiété dans un contexte d'état anxio-dépressif, en plus des diagnostics somatiques déjà retenus par la Dre Y._____. La Dre G._____, alors médecin assistante en psychiatrie, a fait état d'une aggravation de l'état psychique de l'intéressée, justifiant le dépôt de cette nouvelle demande, dans un certificat du 8 septembre 2011.

Dans un rapport du 7 février 2012, la Dre G._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère à moyen, avec symptômes psychotiques (F32.3 à F32.1), existant et invalidant depuis décembre 2010, soit à la date du début du suivi. L'assurée était incapable de travailler, mais une reprise croissante et progressive d'une activité était envisageable dès que possible, d'abord à 20 % puis à 50 % pour tenir compte de la fatigabilité due aux troubles du sommeil, de la concentration et de mémoire.

Dans un rapport du 4 mai 2012, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de protrusion discale lombaire L3-L4 et L4-L5 et L5-S1, d'arthrose interfacétaire étagée avec un rétrécissement du canal lombaire de L2-L3 à L5-S1, de polyarthrite rhumatoïde, d'ostéophytose fémoro-tibial interne, de colopathie fonctionnelle avec intolérance alimentaire multiple, d'anémie ferriprive sévère, de rhinoconjonctivite dans le cadre d'allergies diverses et de troubles dépressifs récurrents avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Il a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 15 novembre 2011, date de la première consultation. Le Dr F._____ a encore transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux et d'imagerie.

En octobre 2014, l'assurée a mis fin à son suivi psychiatrique auprès de la Dre G._____. Son médecin traitant lui a alors prescrit des antidépresseurs. L'assurée a débuté un nouveau suivi en mars 2018 auprès de la psychologue Q._____ et de la Dre Z._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 17 mars 2018 à l'OAI, elles ont retenu les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1), d'expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0). L'assurée était totalement incapable de travailler mais n'avait pas de limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire et a attribué le mandat au M. _____ (ci-après : M. _____), par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P. L'assurée a été examinée par les Drs V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, K. _____, spécialiste en médecine interne générale, et S. _____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont rendu leur rapport le 7 mars 2019 et ont retenu, au terme d'une analyse consensuelle, les diagnostics de syndrome du canal carpien bilatéral, d'arthrose inter-apophysaire postérieure de L2-L3 à L5-S1 avec protrusions discales étagées L4-L5, L5-S1, d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et de trouble panique (F41.0). Les experts ont constaté une grande démonstrativité de l'assurée, une diffusion majeure des douleurs sans caractère systématisé, des plaintes multiples et des signes radiologiques ne montrant globalement qu'un aspect dégénératif. Ils ont retenu une capacité de travail à 50 % depuis 2010 avec un début progressif à 20 %, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes : absence d'effort de soulèvement à partir du sol, pas de position en porte-à-faux avant, limitation du port de charges à 10 kg, fatigue importante, perte de l'élan vital, faible tolérance au stress et à la solitude, besoin de réassurance et manque de confiance en soi.

Sur requête de l'OAI, les experts ont adressé un complément d'expertise le 22 juillet 2019.

Dans un avis du 26 juillet 2019, le SMR a adhéré aux conclusions des experts à l'exception des périodes d'incapacité de travail. Se référant aux constatations de la Dre G. _____, il a reconnu une

incapacité totale de travail du 8 décembre 2010 au 7 février 2012 puis une capacité de travail à 50 % depuis lors.

Par décisions des 22 novembre 2019 et 18 mars 2020, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2012 puis à une demi-rente dès le 1^{er} juin 2012.

C. Le 6 mai 2020, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, sans rapporter d'atteintes à la santé.

Dans un rapport établi le 2 juin 2020 par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celui-ci a posé les diagnostics de psychose hallucinatoire chronique (F28), de trouble anxieux et dépressif mixte (F412) et de trouble de la personnalité anxieuse évitante (F60.6) engendrant une incapacité totale de travail.

Le 15 juin 2020, le Dr F._____ a établi un rapport à l'attention de l'OAI. Il a posé les diagnostics suivants :

- Protrusion discale lombaire L3-L4 et L4—L5 et L5-SI
- Arthrose interfacéaire étagée avec un rétrécissement du canal lombaire de L2-L3 et L5-SI
- Polyarthrite rhumatoïde
- Hyperthyroïdie
- Ostéophytose fémoro-tibial interne
- Colopathie fonctionnelle avec une intolérance alimentaire multiple
- Anémie ferriprive sévère
- Rhinoconjonctivite dans le cadre d'une allergie diverses
- Petit goitre pseudonodulaire très dystrophique
- Stéatose hépatique modérée
- Ténosynovite de Quervain à droite
- Syndrome tunnel carpien bilatéral
- Maladie coéliquaue
- Arthropathie acromio-claviculaire et bursite sous-acromio-delhoïdienne droite

- Asthénie permanente, probablement dans un cadre de fibromyalgie
- Etat dépressif F33.2.

Le Dr F. _____ a indiqué, s'agissant de la description de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à l'état antérieur, que l'état de santé était toujours d'actualité et se dégradait de jour en jour. L'intéressée était totalement incapable de travailler. Le Dr F. _____ a joint à son rapport divers rapports médicaux et d'imagerie médicale.

Le dossier de l'assurée a été soumis à la permanence du SMR le 26 juin 2020. Le SMR a estimé que les diagnostics somatiques retenus par le médecin traitant n'apportaient pas d'éléments nouveaux permettant d'étayer une aggravation somatique.

Le 27 juillet 2020, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière.

D. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 2 juillet 2021 auprès de l'OAI, sans indiquer de motifs précis.

Par courrier du 5 juillet 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait sa demande comme une demande de révision et l'a invitée à lui fournir les éléments rendant plausible une modification du degré d'invalidité, notamment par le biais de rapports médicaux.

Dans un rapport du 23 août 2021 à l'attention de l'OAI, le Dr F. _____ a réitéré les diagnostics figurant dans son rapport du 15 juin 2020, ajoutant ceux de goître thyroïdienne nodulaire et de discopathies dégénératives en C3-C4 et surtout en C4-C5 avec débordement discal global circonférentiel venant en contact des racines C5 et C6 des deux côtés sans conflit. Il a indiqué que l'état de santé était toujours d'actualité et se dégradait de jour en jour. La capacité de travail était toujours nulle. Le Dr F. _____ a adressé de nombreux rapports médicaux et d'imagerie.

Dans un rapport du 13 septembre 2021, la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'état de psychose hallucinatoire chronique (F28), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de personnalité dépendante (F60.7), renvoi étant fait aux autres médecins pour les diagnostics somatiques. En raison de la chronicisation de la maladie, la capacité de travail de l'assurée était nulle et le pronostic restait réservé.

Dans un projet de décision du 22 septembre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'examen de son dossier n'ayant montré aucun changement.

Le 11 octobre 2021, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a déposé une demande d'allocation pour impotent.

Par décision du 5 novembre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible un changement de sa situation.

E. Le 19 novembre 2021, U._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un recours contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour examen du droit à de plus amples prestations, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle a fait valoir que les rapports adressés à l'OAI démontraient l'aggravation de son état de santé, à tout le moins, la rendaient plausible.

Sur requête de la juge instructrice, l'OAI a produit l'intégralité du dossier de la recourante en date du 14 décembre 2021.

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 le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 2 juillet 2021, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis les dernières décisions entrées en force des 22 novembre 2019 et 18 mars 2020 statuant sur son droit aux prestations.

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 5 novembre 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) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). 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).

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 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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).

4. En l'espèce, contrairement à ce qu'elle soutient, la recourante ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé depuis les dernières décisions entrées en force des 22 novembre 2019 et 18 mars 2020 qui statuaient sur son droit aux prestations, en se fondant sur une expertise pluri-disciplinaire.

Le rapport du 23 août 2021 du Dr F. _____ n'est ni détaillé ni médicalement objectivé. Le médecin se contente de poser des diagnostics

sans procéder à une anamnèse ni exposer l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Il évoque également, sans le développer, un état de santé « toujours d'actualité », d'une part, mais qui se dégrade de jour en jour, d'autre part, ce qui est contradictoire. Son rapport ne suffit en conséquence pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. Les divers rapports médicaux et d'IRM que le Dr F. _____ a produits en annexe à son rapport sont soit antérieurs aux dernières décisions entrées en force, et de ce fait, ont déjà été pris en compte, soit insuffisants à rendre plausible une aggravation de la situation ; un rapport d'IRM ne contient en effet pas d'appréciation médicale circonstanciée attestant d'une péjoration de l'état, susceptible d'entraîner une modification de la capacité de travail.

Quant à la Dre X. _____, elle pose certes des nouveaux diagnostics dans son rapport du 13 septembre 2021, à savoir celui de psychose hallucinatoire chronique (F28) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), mais sans les étayer médicalement. Elle invoque de surcroît, comme critères d'aggravation, des constatations qui avaient déjà été effectuées par les experts en 2019. L'expert psychiatre avait en effet déjà relevé que l'assurée avait pleuré durant tout l'entretien, que son humeur restait sur un versant dépressif, que son sommeil était perturbé avec parfois des cauchemars, que l'intéressée avait l'impression d'entendre des voix, qu'elle s'isolait chez elle et ne sortait presque plus sauf en état accompagnée (cf. pp. 6-7 du rapport d'expertise du 7 mars 2019). Il apparaît ainsi que la Dre X. _____ procède à une appréciation différente d'un même état de fait.

En définitive, les rapports médicaux au dossier ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 2 juillet 2021 par la recourante.

5. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction,

lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé, si bien qu'il sera fait application de l'art. 82 LPA-VD. Il doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de l'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve la recourante.

c) 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 200 fr., vu l'absence de complexité de la cause, et de les mettre à la charge de la partie recourante qui succombe.

d) 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, manifestement mal fondé, est rejeté.

- II. La décision rendue le 5 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire déposée le 19 novembre 2021 par U._____ est rejetée.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de U._____.
- V. 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour U._____),
- 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 :