

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, sans formation professionnelle, ayant travaillé comme employée de production pour [...] SA jusqu'au 16 décembre 2008, a déposé, le 20 octobre 2010, 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), en invoquant souffrir de fortes migraines.

A teneur d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de la Clinique [...] du 8 septembre 2011, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles chroniques, de migraines sans aura, de trouble somatoforme douloureux persistant et d'hypertension artérielle ont été posés. La capacité de travail a été estimée totale dans une activité manuelle simple.

Par décision du 5 décembre 2011, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Le 23 juillet 2015, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations, faisant état d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique a été confiée à Centre L. _____ SA [[...]] SA (ci-après : [...]). Les experts ont établi un rapport le 22 janvier 2019, aux termes duquel ils ont posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens associées à de possibles migraines sans aura, de céphalées attribuées à l'abus de médicaments, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de traits de personnalité histrionique, de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité, de douleurs abdominales pariétales persistantes post cure de hernie de la ligne blanche depuis 2014, d'éructions et nausées

persistantes post cure hernie hiatale opérée en 2011, d'hypertension artérielle contrôlée depuis 2011 et d'hypertension oculaire bilatérale depuis 2016. Ils ont conclu à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle.

Par décision du 5 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) du 21 janvier 2021 (AI 340/19 - 18/2021), qui a notamment reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise de Centre L. _____ SA.

c) Le 13 mars 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent qui a été rejetée par décision de l'OAI du 30 mars 2021, confirmée par arrêt de la CASSO du 3 décembre 2021 (AI 156/21 - 384/2021).

d) Entre-temps, soit le 26 février 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé depuis novembre 2019 à la suite d'une infiltration réalisée le 15 novembre 2019.

Par courrier du 26 mai 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait sa nouvelle demande comme une demande de révision et que, par conséquent, celle-ci ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a ainsi imparté un délai pour fournir des pièces, rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par courrier du 30 août 2021 à l'OAI, l'assurée, sous la plume de son conseil, a mentionné qu'elle présentait une aggravation de son état de santé. A l'appui de ses allégations, elle a produit un rapport médical du 26 août 2021 du Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi

que de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8). L'assurée s'est également référée à un rapport du 15 juin 2020 du Dr V._____, aux termes duquel celui-ci avait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique.

Par projet de décision du 25 octobre 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, considérant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 26 novembre 2021, l'assurée a déposé des objections au projet précité et a sollicité un délai supplémentaire pour éventuellement produire de nouvelles pièces.

Le 14 janvier 2022, l'assurée a déposé des objections complémentaires, en soulignant que les rapports du Dr V._____ des 15 juin 2020, 13 juillet 2021 et 26 août 2021 mettaient en évidence une aggravation progressive de son état de santé sur le plan psychique, entraînant une incapacité totale de travail en juin 2020. Elle a également cité une jurisprudence (ATF 147 V234 consid. 5.5) selon laquelle il était relativement aisé, dans le cadre d'une nouvelle demande, de rendre plausible une modification des circonstances de fait en lien avec les constatations médicales ou l'incapacité de travail.

Par avis du 27 janvier 2022, le Service médical régional de l'AI (SMR) a considéré que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position médicale qui se fondait sur une expertise indépendante pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne), dont la valeur probante avait été confirmée par la CASSO.

Par décision du 1^{er} février 2022, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.

B. Par acte du 4 mars 2022, l'assurée, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande de prestations. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport du 17 février 2022 du Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'un rapport du 18 février 2022 du Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur.

Par réponse du 16 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant aux analyses successives de la situation effectuées par le SMR, en dernier lieu le 27 janvier 2022, dans le cadre de la procédure d'audition et en relevant que seules les pièces produites jusqu'au prononcé de la nouvelle décision étaient à prendre en considération.

Le 5 juillet 2022, l'assurée a encore déposé des déterminations spontanées, dans lesquelles elle sollicitait que les rapports produits ultérieurement à la décision attaquée soient pris en compte, en particulier le rapport du 17 février 2022 du Dr W._____ qui faisait état d'une aggravation de son état de santé.

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 refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante du 26 février 2021, singulièrement sur la question de savoir si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

3. 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, le nouveau droit est en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 1^{er} février 2022 (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).

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 l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans 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 l'assuré 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

5. a) En l'espèce, par décision du 1^{er} février 2022, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 février 2021 par la recourante, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, à la date de la décision du 1^{er} février

2022, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 5 septembre 2019, date de la dernière décision entrée en force.

b) Aux termes de leur rapport du 22 janvier 2019 qui a fondé la décision de l'intimé du 5 septembre 2019 confirmée par arrêt de la CASSO du 21 janvier 2021 (AI 340/19 - 18/2021), les experts de Centre L._____SA n'avaient retenu aucun diagnostic incapacitant. Sur le plan psychiatrique en particulier, l'experte Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait expliqué pour quelles raisons elle écartait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F32.2) alors posé par la psychologue T._____ dans un rapport du 27 août 2015. Les autres diagnostics posés, soit le syndrome somatoforme persistant, les traits de personnalité histrionique et de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Il n'y avait en outre pas de limitations fonctionnelles.

A l'appui de sa demande du 26 février 2021, l'assurée invoque les mêmes problèmes de santé que ceux qui avaient fondé sa deuxième demande du 23 juillet 2015. Les pièces médicales produites à l'appui de cette nouvelle demande ne contiennent aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable au regard de la situation qui prévalait au moment où la décision du 5 septembre 2019 a été rendue. En effet, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 27 janvier 2022, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen/sévère avec syndrome somatique, le syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que la modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique mentionnés dans les rapports des 15 juin 2020, 13 juillet 2021 et 26 août 2021 du Dr V._____ et de la psychologue T._____ sont des éléments connus de longue date et décrits depuis au moins 2015 par la recourante. Ces éléments ont été pris en compte lors de l'expertise pluridisciplinaire de Centre L._____SA, jugée probante par la CASSO. Les rapports produits ne suffisent dès lors pas à attester que les atteintes psychiques rencontrées par la recourante se seraient aggravées de façon significative depuis la décision du 5 septembre 2019 confirmée par arrêt

du 21 janvier 2021. En particulier, le Dr V._____ a évoqué, dans son rapport du 26 août 2021, avoir constaté une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sans toutefois donner plus de détails. Il a en outre décrit les mêmes symptômes que précédemment (cf. rapports des 15 juin 2020 et 13 juillet 2021 y compris celui de la psychologue T._____ du 27 août 2015).

Quant aux pièces produites par la recourante à l'appui de son recours qui ont trait à l'aspect somatique, elles ne sont pas recevables. Elles ont en effet été adressées à l'autorité de céans après l'échéance du délai imparti par l'OAI pour lui adresser les pièces pertinentes (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

Cela étant, l'assuré garde le droit de saisir l'OAI en tout temps d'une nouvelle demande de prestations. Si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à amener une appréciation différente de la situation, l'assureur devra rendre une nouvelle décision (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6).

c) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 26 février 2021 n'objectivent pas de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait lors la décision rendue le 5 septembre 2019, confirmée par arrêt du 21 janvier 2021.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 26 février 2021.

6. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 24 mai 2022). Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 16 août 2022, il y a lieu de réduire le nombre, excessif, d'heures consacré à l'étude du dossier et à la rédaction du recours à 5 heures (au lieu de 7 heures 30) compte tenu de l'importance et de la complexité du litige. L'indemnité sera ainsi arrêtée à 1'735 fr. 30, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

**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 1^{er} février 2022 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de F._____, est fixée à 1'735 fr. 30 (mille sept cent trente-cinq francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office de son conseil mis à la charge de l'Etat.
- VI. 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 la recourante),
- 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 :