

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Röthenbacher, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourante,

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. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, divorcée et mère de trois enfants, a travaillé comme aide-fleuriste de 2013 au 22 novembre 2017, date depuis laquelle elle se trouve en incapacité de travail. L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 février 2018. Elle a indiqué souffrir d'une inflammation des tendons aux épaules, pathologie présente depuis plus d'une année et pour laquelle elle avait entamé un traitement physiothérapeutique.

Dans un rapport du 22 juin 2018, le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur tendinopathie du long chef du biceps, du sus-épineux, en moindre mesure des sous-scapulaires et sous-épineux, avec bursite sous-acromiale et probable syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) droit associé. L'assurée se trouvait en incapacité de travail depuis le 22 novembre 2017 à 100% et ce jusqu'au 4 juillet 2018 au moins. Elle effectuait quotidiennement ses exercices à domicile et prenait un traitement anti-douleur, avec une bonne compliance. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : les mouvements répétitifs des membres supérieurs, surtout au-dessus du niveau des épaules, mais également en dessous, ainsi que les ports de charges répétitifs, au-delà de 3-5 kilos. Le Dr K._____ indiquait que même dans une activité adaptée, la capacité de travail était limitée. En effet, malgré l'absence de douleurs lors de l'examen clinique du 4 juin 2018, les activités un peu répétitives avec les membres supérieurs, telles que le ménage, faisaient réapparaître les douleurs. La tendinopathie n'était donc pas entièrement résolue et se réactivait facilement. Une amélioration de la capacité de travail pourrait cependant être espérée dès le mois de juillet 2018.

Sur le plan psychiatrique, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans un rapport du 7 septembre 2018, a retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne ainsi qu'un

trouble de la personnalité. Ces pathologies n'avaient cependant aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressée.

Compte tenu de ces différents éléments, le Dr D._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est déterminé le 15 janvier 2019. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-fleuriste, mais une entière capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ces dernières consistaient en l'interdiction des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs contre résistance, à hauteur d'établi et du port de charges au-delà de cinq kilos. A l'appui de ses conclusions, le Dr D._____ a relevé les éléments suivants :

"D'après le rapport employeur du 05.07.2018, l'activité se déroule essentiellement en position debout et comporte le port de charges de 0-10 kg parfois et rarement 10-25kg.

Lors de son expertise pour le compte de l'APG du 11.09.2018 (GED Dossier APG 08.10.2018), le Dr [...] conclut à un status clinique normal qui n'entraînerait aucune IT dans l'activité habituelle. Ce faisant, l'expert néglige le fait qu'au moment de l'expertise, l'assurée est en IT depuis environ 10 mois et le fait que les exacerbations douloureuses dont elle a souffert durant cette période d'IT étaient liées à des efforts physiques, certes momentanés, mais excessifs, ainsi que le précise le Dr K._____ dans son courrier à l'APG du 29.09.2018. D'un point de vue médical impartial, il est cohérent d'admettre qu'un problème de cervicobrachialgies chroniques (au sens d'un repetitive strain injury syndrom des anglo-saxons) ne laisse guère de traces cliniques durant une période sans sollicitation mécanique régulière, ce qui était le cas pour l'assurée au moment où elle a été examinée par l'expert de l'APG ; ceci ne permet pas de nier l'existence de ladite atteinte, ainsi que l'a fait l'expert de l'APG.

Le rapport du 1^{er} entretien de MIP externalisée (GED 23.05.2018) décrit une assurée très fragilisée psychologiquement. Dans son RM du 07.09.2018, le psychiatre-traitant de l'assurée admet l'existence d'un trouble dépressif récurrent, mais d'une intensité qui n'entraîne pas d'IT, un éloignement prolongé du monde du travail étant à ses yeux délétère pour l'assurée."

Le 21 mars 2019, compte tenu des conclusions de son service médical, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a adressé à l'assurée un projet de décision lui communiquant son intention de rejeter sa demande de prestations. Si son activité habituelle n'était plus exigible, elle gardait la possibilité d'exercer

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services (industrie légère, conditionnement et contrôle, couturière (retouches), aide-vendeuse, aide-coiffeuse). Elle y toucherait une rémunération de 55'018 fr. 65 à 100% selon les salaires statistiques, auquel il se justifiait d'appliquer un abattement de 10%. En comparaison avec le revenu précédemment touché au sein de l'entreprise S._____ SA, il en découlait un degré d'invalidité de 8,74 %, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

L'assurée n'ayant pas formulé d'objection, ce projet a été confirmé par une décision du 17 mai 2019.

B. Entre le 8 mars et le 28 avril 2022, suivie désormais par les services sociaux, l'assurée a bénéficié d'une mesure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle, dispensée par la Fondation [...]. Un stage a été organisé au sein d'un établissement médico-social, en tant qu'employée de cafétéria. Entamé le 21 mars 2022, le stage a été interrompu deux semaines plus tard, en raison des douleurs ressenties par l'assurée. Le poste en question était prévu à 50%, et ne bénéficiait pas d'adaptation spécifiques aux limitations de santé de l'assurée selon le rapport final de mesures de formation du 28 avril 2022.

A l'occasion d'un rapport du 30 novembre 2022, le Dr K._____ a examiné l'évolution de la situation médicale de l'assurée. Il retenait notamment que, pour des raisons médicales et par ses restrictions physiques, Q._____ était en incapacité de travail à 100% en tant qu'aide-fleuriste depuis le 22 novembre 2017 et ce jusqu'au 31 janvier 2023 au moins, probablement de manière définitive. Ses limitations fonctionnelles consistaient en l'interdiction du port de charge occasionnel au-delà de 1-3 kilos, des activités au-dessus du niveau des épaules ou à bout-de-bras, des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, de la position statique ou en porte-à-faux de la nuque ainsi que d'une activité avec les membres supérieurs au-delà d'une heure, voire

une heure et demie par jour. Le médecin traitant de l'assurée relevait également les éléments suivants :

"Plusieurs activités adaptées ont été testées depuis 2018. Durant celles-ci Mme Q._____ a démontré de grands investissements et motivation. Contre son gré, elle a toutefois dû les interrompre en raison d'une exacerbation de ses limitations fonctionnelles et douleurs au membre supérieur droit (dominant) (cf rapport du service de l'emploi annexé). Les limitations constatées sont pleinement cohérentes avec son atteinte à la santé, à savoir en particulier avec le syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène et la tendinopathie du sus-épineux à l'épaule droite.

Pour rappel le diagnostic de TOS neurogène, fortement évoqué par les symptômes de douleurs neuropathiques au membre supérieur droit dans le territoire du plexus brachial, est confirmé cliniquement par les tests spécifiques (apparition ou exacerbation des douleurs et symptômes neuropathiques aux tests d'Adson, Allen, Wright, Falconner et Roos).

Quant au diagnostic de tendinopathie du sus-épineux, elle a été démontrée par l'IRM d'épaule droite du 23.10.2018, démontrant une déchirure transfixiante touchant 40-50 % de la largeur de ce tendon à son insertion sur la tête humérale.

La sévérité et le caractère invalidant du TOS neurogène ainsi que de la tendinopathie du sus-épineux ont pu être mises en évidence de manière répétitive et reproductible, tant dans les activités domestiques (ménage, cuisine, voire toilette et habillage), que « professionnelles ». Mme Q._____ ne peut en effet plus porter du lourd (casserole remplie, seau d'eau, corbeille à linge, etc.), lâchant même régulièrement des objets légers tels que tasse, verre, assiette ; elle ne peut accomplir une activité au-dessus du niveau des épaules (nettoyage de vitre, rangements en hauteur, voire parfois se brosser les cheveux, etc.) ou répétitives avec le membre supérieur dominant (nettoyer, éplucher/ râper, etc.).

Quant aux tentatives de reprise professionnelle à 50 % en septembre 2018, puis en avril 2019, voire à 100 % en décembre 2019, elles ont toutes été vouées à l'échec, de par l'accentuation des douleurs, limitations fonctionnelles et tensions musculaires de la ceinture cervico-scapulaire, ne permettant dès lors pas à Mme Q._____ d'honorer ses bonnes dispositions et sa volonté à travailler.

Compte tenu des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessous, leur aspect invalidant et persistant, ainsi que l'accentuation de son atteinte dès reprise d'une activité professionnelle, il a été vivement recommandé à Mme Q._____ de déposer une nouvelle demande AI, en dépit de ses réticences et du fait que cela mettait en évidence son handicap, ce qui lui est difficile à accepter et à vivre."

Le 23 décembre 2022, Q._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans laquelle elle indiquait se trouver en incapacité de travail totale depuis le 22 novembre 2017 en raison d'une inflammation des tendons de l'épaule.

Par projet de décision du 20 janvier 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations. En effet, la situation professionnelle ou médicale de l'intéressée n'avait pas subi de changements notables.

Le 2 février 2023, le Dr K._____ a formulé des objections quant au projet de décision précité. Ce médecin retenait qu'à la suite de ses observations cliniques, puis au vu de l'évolution de l'intéressée dans des situations réelles, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée s'était avérée non exploitable en raison de son atteinte à la santé, en particulier de la sévérité du syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS). De plus, même en l'absence de nouveau diagnostic, elle présentait visiblement une péjoration de ses capacités fonctionnelles, ainsi que ses capacités professionnelles de gain.

Le 28 février 2023, le SMR, par le biais de la Dre T._____, a proposé de maintenir les conclusions prises dans son précédent avis médical du 20 janvier 2023. En effet, les deux rapports du Dr K._____ n'apportaient pas d'éléments cliniques objectifs témoignant d'une aggravation de l'atteinte à la santé, par rapport à la précédente demande de 2018. Les diagnostics retenus étaient les mêmes que ceux mentionnés dans le rapport établi en 2018 et les limitations fonctionnelles n'étaient que légèrement plus importantes que celles observées dans le cadre de la première demande de prestations. Par ailleurs, le Dr K._____ ne fournissait aucune information sur les examens complémentaires, sur la prise en charge en lien avec les atteintes à la santé depuis 2018, ni sur un éventuel traitement antalgique. Les difficultés actuellement rencontrées par l'assurée étaient en lien avec les limitations fonctionnelles déjà prises en compte lors de la précédente décision du 17 mai 2019.

Par décision du 21 mars 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant ainsi d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.

C. a) Par acte du 2 mai 2023, Q._____ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée au frais de justice. Elle soutenait que les deux rapports du Dr K._____, des 30 novembre 2022 et 2 février 2023 qu'elle produisait en annexe, faisaient clairement état d'une aggravation de son état de santé. La teneur des deux rapports précités avait été ignorée par l'OAI dans sa décision de refus d'entrer en matière, dite décision confinant ainsi à l'arbitraire.

b) Par réponse du 27 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. L'office a renvoyé à l'analyse et aux explications détaillées fournies par le médecin du SMR le 28 février 2023. En effet, après l'analyse des rapports du Dr K._____, le médecin du SMR est arrivé à la conclusion que les rapports en question n'avaient pas rendu plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, susceptible d'influencer ses droits depuis la décision initiale du 17 mai 2019. L'OAI précisait également que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée était déjà retenue dans la décision de 2019.

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 nouvelle demande de prestations présentée le 23 décembre 2022 par la recourante, singulièrement sur la question de savoir si celle-ci a rendu plausible en temps utile une modification significative de l'état de fait depuis le précédent refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

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 LPGA), 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, l'examen doit ainsi se limiter à la question de savoir si l'assurée a établi de manière plausible que son invalidité s'était significativement modifiée depuis la décision de refus de prestations du 17 mai 2019. Autrement dit, il s'agit de déterminer si les documents produits à l'appui de sa nouvelle demande du 22 décembre 2022, singulièrement les rapports du Dr K._____ du 30 novembre 2022 et du 2 février 2023 suffisent à rendre plausible une aggravation de son état de santé propre à modifier son degré d'invalidité.

b) A l'instar de ce que relève la Dre T._____ dans l'avis SMR du 28 février 2023, aucun des deux rapports précités ne comporte de description du status clinique ou d'information sur d'éventuels examens complémentaires effectués depuis la précédente décision. En effet, le médecin traitant ne justifie l'aggravation, sous la forme d'une augmentation des douleurs, que par l'échec des tentatives de reprise d'une activité professionnelle et le ressenti des difficultés de la vie quotidienne rapportées par la recourante elle-même. A aucun moment, il ne confirme par des éléments médicaux objectivés une péjoration. S'agissant des activités évoquées, en partie connues lors de la première instruction, rien ne permet au demeurant de se convaincre qu'elles étaient parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. A cela s'ajoute que les diagnostics de syndrome du défilé thoraco-brachial

(TOS) et de tendinopathie du sus-épineux, dont fait état le Dr K._____, sont connus de longue date, aucun nouveau diagnostic n'étant venu péjorer l'état de santé de la recourante. Les limitations fonctionnelles évoquées sont quant à elles globalement superposables à celles qui avaient été mises en évidence lors de la première instruction. Enfin, le médecin traitant confirme que les limitations fonctionnelles de Q._____, comme les restrictions relatives à sa capacité de travail sont présentes depuis le 22 novembre 2017. Ces dernières sont par conséquent bien antérieures à la première décision et à la nouvelle demande de prestation, tout comme l'imagerie à laquelle il se réfère pour justifier la tendinopathie de la recourante (IRM du 23 octobre 2018).

c) Ce qui précède ne permet pas, à ce stade, d'admettre de manière plausible que l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière suffisante pour influencer son degré d'invalidité. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

5. a) Au vu de ces éléments, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 21 mars 2023, 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). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). L'art. 50 LPA-VD dispose néanmoins que lorsque l'équité l'exige, en particulier lorsque la perception de frais serait d'une rigueur excessive pour la partie qui devrait les supporter, l'autorité peut renoncer à percevoir des frais de procédure. En l'espèce, compte tenu de la situation financière de la recourante, au bénéfice de l'aide sociale, il est renoncé au prélèvement de frais. La requête d'assistance judiciaire au sens de l'art. 18 LPA-VD, déposée par la recourante dans le cadre de son recours, limitée aux frais de justice, devient ainsi sans objet.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité le 21 mars 2023 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Le requête d'assistance judiciaire est sans objet.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Q. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :