

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante,

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. E. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé dans le domaine de la restauration jusqu'en avril 2017, en dernier lieu en qualité de cheffe de rang. Le 7 mars 2019, elle a été victime avec sa famille d'un accident de la voie publique à l'étranger, sa mère succombant des suites de ses blessures. L'assurée a subi une fracture de la 4^{ème} côte gauche, un pneumothorax et une fracture de la paroi post- et transverse du cotyle de la hanche droite. Elle s'est retrouvée totalement incapable de travailler depuis lors (rapport de la Dre O. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident. La situation de l'assurée s'est par la suite améliorée au niveau pulmonaire (rapport du 9 juillet 2019 du Dr [...] à la CNA), tandis qu'elle a développé des scapulalgies droites possiblement secondaires à l'utilisation des cannes (rapport du 6 novembre 2019 de la Dre O. _____ à la CNA).

Le 10 octobre 2019, l'assurée a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de cette incapacité de travail.

Dans un rapport à l'OAI du 20 juillet 2020, la Dre O. _____ a posé les diagnostics de polytraumatisme sur accident de la voie publique et de lésion superficielle et partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec bursite sous acromiale en septembre 2019. L'assurée était toujours totalement incapable de travailler dans toutes activités en raison des douleurs lombofessières droites à la marche, avec parfois une boiterie, ainsi que des douleurs et limitations de la mobilité de l'épaule droite. Elle a précisé des limitations fonctionnelles (périmètre de marche de maximum 10-15 minutes, gêne en descendant, ne pas s'accroupir, pas d'élévation de l'épaule droite, port de charges de 1 kg), en renvoyant pour le surplus au médecin orthopédiste.

La CNA a transmis à l'OAI le dossier de l'assurée. Celui-ci contenait une appréciation du médecin d'arrondissement du 25 mars 2020, dans lequel ce dernier constatait que le traitement conservateur et le bilan radiologique montraient une consolidation progressive du cotyle droit et que les rapports évoquaient une disparition des symptômes respiratoires. Un an après l'accident, il estimait que les lésions étaient guéries et que rien ne s'opposait à ce que l'assurée reprenne son ancienne activité de cheffe de rang. Se fondant sur cette appréciation, la CNA avait rendu une décision le 7 avril 2020, niant tout lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule, d'une part, et considérant que l'assurée était capable de travailler à plein temps dans son activité habituelle dès le 1^{er} février 2020. Cette décision a été confirmée sur opposition le 20 octobre 2020, puis par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 14 septembre 2021 (AA 115/20 - 98/2021).

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2020 à l'attention de l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué être chargé du suivi de la fracture du bassin et de la lésion partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le suivi avait pris fin le 26 mai 2020. Selon le spécialiste, l'assurée aurait besoin d'un suivi orthopédique à moyen terme, en raison d'un probable développement d'arthrose de la hanche. Il n'avait pas rédigé d'arrêt de travail, celui-ci étant géré par la médecin traitante. Le Dr B._____ a joint son rapport du 3 juin 2020 à la CNA, dans lequel il constatait un an après l'accident qu'il subsistait des douleurs postérieures à la hanche, avec une fracture consolidée présentant des kystes qui témoignaient d'un processus dégénératif.

Dans un avis du 7 avril 2021, l'OAI a reconnu une incapacité totale de travail du 7 mars 2019 au 31 janvier 2020. Il a relevé que sur le plan somatique, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 1^{er} février 2020, au vu de la décision sur opposition de la CNA. Sur le plan psychiatrique, la CNA n'avait pas retenu de choc post-traumatique. Lors d'un examen par le médecin

d'arrondissement en mars 2020, il était relevé que l'assurée ne souhaitait pas se rendre dans une clinique de réadaptation en raison de ses difficultés à dormir et des cauchemars qu'elle faisait ; elle ne consultait alors pas de psychiatre ou de psychologue. Lors d'un autre entretien avec la CNA en décembre 2019, elle indiquait que la situation était très dure moralement, qu'elle repensait tous les jours à l'accident, qu'elle avait de la peine à faire le deuil de sa mère, qu'elle n'avait pas de suivi psychologique mais qu'elle parlait à sa médecin traitante. L'OAI a relevé qu'aucun élément au dossier ne faisait mention d'un diagnostic psychiatrique.

Dans un projet de décision du 7 avril 2021, confirmé par décision du 21 mai 2021, l'OAI a refusé de prester en faveur de l'assurée, retenant que sa capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans son activité habituelle depuis le 1^{er} février 2020.

B. L'assurée a retrouvé un emploi à plein temps au 1^{er} juin 2023, en qualité de secrétaire.

Le 19 mars 2024, l'assurance maladie perte de gain de son nouvel employeur a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, pour le compte de l'assurée, au vu d'une incapacité totale de travail depuis le 2 octobre 2023. Il ressort du dossier de l'assurance perte de gain que, dans un rapport du 18 octobre 2023, la Dre D._____ avait retenu que l'assurée est incapable de travailler en raison d'une tendinite de l'épaule droite apparue au début du mois de septembre 2023, la douleur étant augmentée par les mouvements. L'assurée ne pouvait pas lever le bras droit. La Dre D._____ estimait que le pronostic était bon. La Dre O._____ avait quant à elle posé le diagnostic de récurrence de scapulalgies droites, avec un pronostic réservé ; une expertise semblait nécessaire (rapport du 29 janvier 2024).

Le 4 avril 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière. L'assurée n'avait pas rendu

vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 21 mai 2021.

L'assurée a contesté ce projet de décision et joint un certificat établi par le Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], attestant une incapacité totale de travail dès le 25 mars 2024.

Dans un courrier du 15 avril 2024, l'OAI a invité l'assurée à lui transmettre les éléments médicaux susceptibles de revoir sa position, dans un délai au 21 mai 2024.

Par courriel du 30 avril 2024, l'assurée a transmis à l'OAI le nom de son médecin au Centre [...], à savoir la Dre K._____. Elle a précisé que l'OAI pouvait la contacter directement pour obtenir les renseignements médicaux requis.

Par courrier du 3 mai 2024, l'OAI a précisé à l'assurée que dans le cadre d'une contestation, il n'appartenait pas à l'OAI mais à l'assurée elle-même d'apporter les éléments médicaux soutenant sa position. Il a ajouté qu'il n'interrogerait pas ses médecins mais qu'elle disposait toujours du délai au 21 mai 2024, précédemment imparti, pour lui transmettre les rapports de ses médecins.

Le 21 mai 2024, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait sollicité des renseignements supplémentaires auprès de son médecin et était toujours dans l'attente de ceux-ci. Le 29 mai 2024, l'OAI a accordé à l'assurée un ultime délai au 1^{er} juillet 2024 pour fournir les éléments qui étayaient sa position. Le 21 juin 2024, l'assurée a mis l'OAI en copie du courriel de relance adressé à la Dre K._____.

Par décision du 15 août 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 19 mars 2024 de l'assurée. Dans un courrier du même jour, l'OAI a indiqué qu'il l'avait invitée à produire les documents susceptibles de revoir sa position à plusieurs reprises, mais qu'il ne disposait à ce jour d'aucun élément.

Le 21 août 2024, l'assurée a transmis à l'OAI le rapport établi le 24 juillet 2024 par la Dre K._____, qui justifiait, selon elle, un réexamen de la situation.

C. Le 21 août 2024, E._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant en substance à son annulation. Elle s'est prévaluée du rapport établi le 24 juillet 2024 par la Dre K._____, dans lequel la médecin retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de personnalité dépendante et de fécondation in vitro. La recourante a soutenu que ce rapport mettait en évidence une aggravation de son état psychologique nécessitant un suivi régulier, une augmentation de sa dépendance à l'égard de l'aide extérieure pour les tâches quotidiennes et l'impossibilité de reprendre une activité. Cet élément n'étant pas disponible au moment de la dernière évaluation, la recourante considérait qu'un réexamen se justifiait.

Par réponse du 14 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que des délais avaient été impartis à la recourante pour transmettre des rapports étayant sa contestation. Il n'y avait en outre pas lieu d'examiner le rapport du 24 juillet 2024 produit à l'appui du recours, soit postérieurement à la décision litigieuse. Le rapport pourrait être pris en considération dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande.

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 en l'espèce sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 19 mars 2024 par la recourante, au motif que la situation de celle-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 21 mai 2021.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme dans le cas d'espèce, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

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 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

4. a) La recourante a déposé une première demande auprès de l'OAI en octobre 2019, au motif qu'elle était totalement incapable de travailler des suites d'un accident de la voie publique. Soignée pour un pneumothorax, une fracture costale et une fracture de la hanche, l'assurée a par la suite développé des scapulalgies droites. La CNA, qui avait pris en charge les suites de cet accident, a estimé en mars 2020 que

le traitement conservateur mis en place et les bilans radiologiques montraient une consolidation de la hanche, tandis qu'il était rapporté une disparition des symptômes respiratoires. Les lésions étaient donc guéries. Sur la base du dossier de la CNA et des rapports qui lui ont été adressés, l'OAI a retenu que l'assurée s'était retrouvée totalement incapable de travailler du 7 mars 2019 au 31 janvier 2020, puis avait retrouvé sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle de cheffe de rang. Sur le plan psychique, aucun suivi ou diagnostic n'avait été posé. L'OAI a refusé d'accorder une rente à l'assurée, par décision du 21 mai 2021.

b) Au terme de l'instruction de la nouvelle demande de prestations déposée le 19 mars 2024, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, ce que la recourante conteste.

A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a produit des certificats d'arrêt de travail. Ceux-ci ne sont toutefois pas étayés médicalement et ne sauraient rendre plausible une aggravation notable de la situation.

Sur le plan somatique, l'assurée a adressé un rapport établi le 18 octobre 2023 par la Dre D._____ et un rapport du 29 janvier 2024 de la Dre O._____. Tandis que la Dre D._____ attestait d'une incapacité totale de travail en raison d'une tendinite empêchant de lever le bras, mais dont le pronostic était bon, la Dre O._____ évoquait un pronostic réservé en raison de scapulalgies droites, sans précision de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail. Ces rapports ne rendent pas plausible un changement notable de l'état de santé. Très peu étayés, ils ne permettent pas d'envisager que la tendinite, respectivement les scapulalgies, engendrerait une incapacité de travail durable. La limitation fonctionnelle retenue par la Dre D._____ n'est par ailleurs pas confirmée par la Dre O._____. Elle permet quoi qu'il en soit l'exercice de l'activité habituelle de secrétaire.

Sur le plan psychique, la recourante a informé l'OAI qu'elle était désormais suivie au Centre [...], par la Dre K. _____ qui détenait son dossier complet et auprès de laquelle il pouvait obtenir tous les renseignements nécessaires. Comme l'OAI l'a toutefois indiqué, il appartient à l'assurée d'apporter les éléments médicaux soutenant sa position. Malgré un délai au 21 mai 2024, prolongé au 1^{er} juillet 2024, la recourante n'a pas adressé de rapport de son médecin. Elle n'a donc pas rendu plausible une aggravation de son état psychique.

Le rapport du 24 juillet 2024 produit à l'appui du recours ne peut être pris en considération par la Cour de céans. La présente autorité doit en effet se limiter à analyser si les pièces déposées devant l'OAI justifiaient ou non la reprise de l'instruction. Or, le rapport du 24 juillet 2024 a été adressé après que la décision litigieuse a été rendue. L'assurée pourra éventuellement déposer une nouvelle demande si son état de santé se détériore de manière durablement incapacitante sur le plan psychique.

c) L'OAI était donc légitimé à refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurée, à défaut pour celle-ci d'avoir rendu plausible une aggravation de la situation.

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) 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 ; 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 le 15 août 2024 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 E._____.

- IV.** 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 :

- E._____,
- 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 :