

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Pittet et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), née en 19[...], d'origine kosovare, est entrée en Suisse en 1999. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme ouvrière jusqu'en 2006, avant d'être prise en charge par les services sociaux. Le 1^{er} mars 2011, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'hypotension orthostatique chronique et d'allergie de contact (mains) aux détergents.

Convoquée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), l'assurée a expliqué, lors d'un entretien le 1^{er} avril 2011, que l'allergie de contact était apparue à son arrivée en Suisse et que l'hypotension orthostatique s'était présentée à la suite de la naissance de ses enfants (respectivement en 20[...], 20[...] et 20[...]; cf. Rapport initial du 1^{er} avril 2011).

Dans un rapport du 10 avril 2011, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic d'hypotension orthostatique persistante, existant depuis 2004 et affectant la capacité de travail. Il a également retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des cervicalgies et lombalgies, présentes depuis 2005, ainsi qu'un état dépressif anxieux de degré moyen, présent depuis 2009. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans la profession de femme de ménage depuis 2009.

Dans un avis du 7 juillet 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré que l'hypotension orthostatique chronique et l'allergie de contact aux détergents ne constituaient pas des atteintes à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI). L'assurée avait pu travailler sans problème jusqu'en 2006 alors que l'hypotension était apparue, selon ses dires, à la suite de la naissance de ses enfants. Le SMR préconisait une évaluation du cas d'un point de vue bio-médico-psychosocial eu égard au contexte social difficile de l'assurée.

Par préavis (projet de décision) du 8 août 2011, confirmé par décision du 28 septembre 2011, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations AI en l'absence d'atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail dans une activité professionnelle. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 28 septembre 2011 est entrée en force.

B. Le 30 novembre 2011, F._____ a présenté une nouvelle demande de prestations AI. Elle indiquait quant au genre de l'atteinte "manque de fer, dépression" et alléguait notamment être suivie, depuis le 2 décembre 2011, par les médecins de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (ci-après: UPA) de [...].

Par courrier du 20 décembre 2011, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 15 décembre 2011 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales) et des art. 87 ss RAI (règlement sur l'assurance-invalidité), en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 16 février 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis dans le sens d'un refus d'entrer en matière. L'assurée n'avait pas donné suite au courrier du 20 décembre 2011 et, corollairement, n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

L'assurée a présenté ses objections à l'OAI par courrier du 27 février 2012. Elle faisait valoir que sa santé se dégradait, le suivi

psychiatrique à l'UPA n'ayant aucun effet, et que les rapports médicaux demandés le 20 décembre 2011 devaient désormais être en possession de l'OAI.

Par courrier du 2 mars 2012, le Dr V._____ a informé l'OAI que depuis le mois de juin 2011, les troubles précédemment énoncés s'étaient accentués sous forme de vertiges évoluant sur un fond anxio-dépressif, vertiges occasionnels dont l'origine n'avait pu être déterminée en dépit des investigations réalisées au CHUV. Le Dr V._____ mentionnait trois malaises nocturnes, en septembre et octobre 2011, dont les investigations cardiologiques avaient permis d'exclure un trouble du rythme. Considérant que la thymie de l'assurée évoquait un état dépressif sévère, il l'avait adressée en consultation à l'UPA où elle faisait, selon les renseignements qu'il avait obtenus, l'objet d'un traitement pour un état dépressivo-anxieux sévère. Il estimait à 50% la capacité de travail de l'assurée, précisant que cette capacité se résumait à l'entretien du ménage et aux soins voués aux enfants.

Le 6 mars 2012, le Dr C._____, médecin adjoint à l'UPA, s'est adressé à l'OAI notamment en ces termes:

"Diagnostic:
F41.0 trouble panique

Mme F._____ a consulté le 02 décembre 2011 pour la première fois à l'UPA avec un état de tristesse et d'épuisement liés à une symptomatologie anxieuse ayant débuté en octobre 2011, et se traduisant par des oppressions thoraciques, des tremblements, des sensations de chaleur et de malaises avec la sensation qu'elle allait mourir. Ces symptômes sont venus brusquement, sans facteur déclenchant identifiable. Depuis lors, Mme F._____ vit dans la crainte de refaire une attaque de panique, ce qui la rend triste et la fatigue considérablement. Elle décrit également des vertiges liés à ses angoisses.

Mme F._____ étant sans activité professionnelle, nous n'avons fourni aucune incapacité de travail.

L'évolution clinique de cette patiente semble favorable. En effet, depuis le 20 janvier 2012 environ, Mme F._____ se sent beaucoup mieux avec une nette diminution de la symptomatologie anxieuse lui ayant permis de diminuer, puis d'arrêter rapidement son traitement anxiolytique. Bien que son état soit fluctuant et que des moments

d'angoisses puissent revenir, elle semble mieux les affronter, avec une amélioration également de son humeur."

Analysant les pièces médicales dans un avis du 19 mars 2012, le Dr J. _____ du SMR a relevé que le trouble anxio-dépressif, à l'origine d'une courte période d'incapacité de travail, était actuellement en rémission. Il concluait ainsi à l'absence d'atteinte invalidante au sens de la LAI et à une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle.

Par décision du 25 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, cette dernière n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa précédente demande de prestations rejetée par décision du 28 septembre 2011.

C. F. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 29 mai 2012. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il soit entré en matière sur la demande de prestations et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que son état de santé s'est péjoré au plan psychique, soulignant que sa première demande concernait des atteintes somatiques. Elle conteste par ailleurs l'amélioration de son état de santé et l'arrêt du traitement anxiolytique mentionnés dans le rapport de l'UPA du 6 mars 2012, mais se réfère à la constatation du Dr C. _____ relative à la symptomatologie anxieuse apparue en octobre 2011.

Dans sa réponse du 14 août 2012, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par écriture du 8 novembre 2012, la recourante confirme ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. La recourante critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle se réfère au courrier du Dr V. _____ du 2 mars 2012 ainsi qu'au rapport de l'UPA du 6 mars 2012, lesquels font état d'une péjoration de son état de santé au plan psychique. Elle conteste par ailleurs l'amélioration de son état de santé et l'arrêt du traitement anxiolytique énoncés par le Dr C. _____, psychiatre à l'UPA.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). 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).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si

cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2077 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel 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 (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de décembre 2011, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) Dans le cadre de l'instruction de la première demande, le Dr V._____ a adressé un rapport à l'OAI le 10 avril 2011, faisant état des diagnostics d'hypotension orthostatique persistante, de cervicalgies et lombalgies, et d'état dépressivo-anxieux de degré moyen. Il considérait que seule l'hypotension orthostatique affectait la capacité de travail de la recourante. Dans son courrier du 2 mars 2012, le Dr V._____ mentionne une accentuation des troubles depuis juin 2011, sous forme de vertiges d'origine indéterminée évoluant sur un fond anxio-dépressif, ainsi que trois épisodes de malaises nocturnes, en septembre et octobre 2011, dont les investigations cardiologiques ont exclu un trouble du rythme. Il explique avoir adressé la recourante à l'UPA en raison d'une thymie évoquant un état dépressif sévère, alléguant que selon les renseignements obtenus, elle ferait l'objet d'un traitement pour un état dépressivo-anxieux sévère. Ainsi, le Dr V._____ qualifie l'état dépressif de sévère en référence aux renseignements qu'il aurait obtenus, sans décrire aucun symptôme d'un

trouble dépressif ou d'un trouble anxieux, mais des symptômes somatiques sous forme de vertiges et de malaises nocturnes.

Dans son rapport du 6 mars 2012, le Dr C._____ pose le diagnostic de trouble panique (F41.0) et mentionne une symptomatologie anxieuse ayant débuté en octobre 2011, se traduisant par des oppressions thoraciques, des tremblements, des sensations de chaleur, de malaises et de mort imminente ainsi que par des vertiges liés aux angoisses. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail, au motif que la recourante n'exerce pas d'activité professionnelle. Or, il sied de relever à cet égard que si l'intéressée n'exerce pas d'activité lucrative, elle consacre cependant du temps à l'entretien de son ménage et aux soins de ses enfants, comme le mentionne le Dr V._____ ("cette patiente ne peut effectuer plus de 50% de ce qu'il serait possible d'attendre. Cette activité d'ailleurs se résume à l'entretien de son ménage et aux soins aux enfants"; cf. courrier du 2 mars 2012).

Il appert ainsi que ni le Dr V._____ ni le Dr C._____ ne font état des limitations fonctionnelles que présenterait la recourante en raison notamment de sa symptomatologie anxieuse. Par ailleurs, si le premier retient une capacité de travail de 50%, correspondant au temps consacré à une activité ménagère et aux soins voués aux enfants - alors qu'il attestait un an plus tôt une incapacité de travail totale dans la profession de femme de ménage en raison d'une hypotension orthostatique (cf. rapport du 10 avril 2011) -, le second passe outre cette question.

b) Cela étant, s'il y a lieu d'admettre que l'état anxio-dépressif a entraîné une incapacité de travail dès le mois d'octobre 2011, force est de constater que cette incapacité a disparu au début de l'année 2012. En effet, le 6 mars 2012, le Dr C._____ mentionne une nette diminution de la symptomatologie anxieuse depuis le 20 janvier 2012 environ, avec la diminution puis rapidement l'arrêt du traitement anxiolytique. C'est dès lors à juste titre que le Dr J._____, dans l'avis SMR du 19 mars 2012, conclut que la recourante est en rémission.

Il appert ainsi que l'épisode anxio-dépressif traité par les médecins de l'UPA a pris fin avant que l'intimé ne rende sa décision de refus d'entrer en matière, le 25 avril 2012. Dite décision se fonde essentiellement sur les conclusions du Dr C._____, selon lesquelles l'évolution de l'état de santé a été favorable, comme l'atteste l'arrêt du traitement anxiolytique au mois de février 2012, au plus tard. Le rapport de l'UPA ne permet pas d'envisager une aggravation - qu'elle soit somatique et/ou psychique - de l'état de santé de la recourante susceptible de conduire à une diminution prolongée de sa capacité de travail. Il appert ainsi qu'au moment de la décision litigieuse, il n'était fait état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante, de sorte que la situation ne s'était pas modifiée de manière à influencer ses droits. L'intéressée n'apporte au demeurant aucun élément médical susceptible d'infirmier la rémission de son trouble anxio-dépressif et c'est en vain qu'elle allègue, dans son écriture de recours, que l'atteinte psychique est un fait nouveau, susceptible de modifier sur le fond la décision initiale de refus de prestations.

c) A l'aune de ce qui précède, il apparaît clairement que l'OAI était fondé, sur la base des indications transmises par les Drs V._____ et C._____, à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision ou de nouvelles prestations. Les griefs de la recourante sont ainsi manifestement mal fondés.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-

VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- 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 :

- Me Claudio Venturelli (pour F. _____)
- 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 :