

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mai 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Merz, juges  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Georges Reymond,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 18 al. 1 et 82 LPA-VD ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**En fait et en droit :**

Vu la demande de mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité déposée le 13 novembre 2001 par K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante),

vu la décision rendue le 29 juillet 2002 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) rejetant la demande, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de trieuse exercée à un taux de 35 % étant entière,

vu la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assurée le 14 avril 2008, exerçant alors l'activité de nettoyeuse à un taux de 50 %,

vu le rapport d'enquête ménagère du 28 septembre 2009, retenant un statut de 50 % active et 50 % ménagère et concluant à un empêchement de 24 % dans l'accomplissement des tâches ménagères,

vu le rapport d'examen clinique du 16 février 2010 des Drs U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) posant les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif L5-S1 avec possible anomalie de transition, dysbalances musculaires, début de coxarthrose gauche et troubles affectifs bipolaires, actuellement en rémission, la capacité de travail étant nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, le rapport indiquant sur le plan psychiatrique que les médecins précités ayant constaté lors de l'examen clinique que le trouble bipolaire de type 1 était en rémission, il n'y avait pas de motif à poursuivre l'incapacité de travail au-delà de janvier 2008, ce rapport mentionnant en outre ce qui suit :

« Par ailleurs notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

vu la décision rendue le 9 septembre 2010 par l'OAI rejetant la demande de rente de l'assurée, le taux d'invalidité s'élevant à 19.5 %, soit 12 % sur la part ménagère et 7.5 % sur la part active,

vu la troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assurée le 30 novembre 2012,

vu l'attestation médicale établie le 12 novembre 2012 par la Dresse N. \_\_\_\_\_ et ainsi libellée :

« Je soussigné, Dr N. \_\_\_\_\_, certifie que Mme K. \_\_\_\_\_, ne peut exercer d'activité professionnelle quelle qu'elle soit, ceci pour raison médicale. »

vu la lettre du 6 décembre 2012 adressée à l'assurée par l'OAI et dont il résulte notamment ce qui suit :

« Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour :

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres :
  - Le diagnostic
  - La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue

- Le nouveau degré de votre incapacité de travail
- Le pronostic et d'autres renseignements utiles

2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée. »

vu le projet de décision du 22 avril 2013 de l'OAI informant l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande,

vu la décision rendue le 4 juin 2013 par l'OAI refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande et dont il résulte notamment ce qui suit :

« Vous avez déposé une nouvelle demande concernant l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 30 novembre 2012 [recte : 9 septembre 2010]. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Vous ne nous avez fourni aucun élément médical nous permettant d'examiner le bien-fondé de votre demande. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. »

vu l'arrêt rendu le 29 juillet 2013 par la Cour de céans (cause AI 182/13 - 188/2013) rejetant le recours et confirmant la décision rendue par l'OAI,

vu l'écriture du 8 octobre 2013 du conseil de l'assurée à l'OAI, requérant une révision de la décision du 4 juin 2013 en se fondant sur un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et soutenant que dès lors que la décision du 9 septembre 2010 se basait sur

l'aspect rhumatologique de l'assurée, il aurait fallu se pencher sur l'aspect psychiatrique lors de la dernière demande, raison pour laquelle la décision précitée devait être revue à la lumière des éléments complémentaires psychiatriques existant déjà à l'époque,

vu la lettre du 6 juillet 2013 adressée au conseil de l'assurée par le Dr H.\_\_\_\_\_, dont la teneur est notamment la suivante :

« J'ai l'honneur d'accuser réception de vos courriers du 17 mai 2013 et du 11 juin 2013 concernant ma patiente, Madame K.\_\_\_\_\_, né[e] le [...] 1961, et je peux essayer de vous répondre de la manière suivante.

Je suis Madame K.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012, et la patiente m'a été adressée par la Polyclinique du R.\_\_\_\_\_, service ambulatoire [...], service qui l'a eue en charge du 5 avril 2007 au 24 avril 2012.

Concernant l'A.I., tout simplement je suis de l'avis que la situation psychique (et probablement physique - rhumatologique -) de Madame K.\_\_\_\_\_ relève de l'Assurance Invalidité, et je suis pas convaincu de la tenue des arguments qui ont amené les experts à lui refuser l'octroi d'une rente (et à la sortir de tout projet de réadaptation, sauf erreur).

Apparemment - mais je tiens à préciser que je n'ai pas pu avoir accès à tout le dossier A.I. la concernant et notamment le rapport psychiatrique du S.M.R. - ce n'est que la problématique rhumatologique qui est entrée en ligne de compte à l'époque. Or, si le refus d'inclure la problématique psychiatrique dans l'évaluation finale de la capacité de travail de la patiente se base sur les conclusions du bilan neuropsychologique effectué en septembre 2011 au R.\_\_\_\_\_, il faut pour le moins remarquer qu'il s'agirait d'une façon de procéder inhabituelle et qui semble finalement oublier la dimension clinique psychiatrique, dimension qui par contre joue un rôle primordial au niveau de l'état de santé de cette patiente.

Plus qu'une question d'aggravation des symptômes, il s'agit donc pour ma part d'un doute concernant la solidité de l'appréciation qui a été effectuée chez ma patiente à l'époque. En revanche, concernant la problématique physique rhumatologique qui sauf erreur semble en train de s'accroître, je me permets de vous proposer de contacter mon confrère le Docteur S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a évalué la situation en juin 2013 au Centre Médical [...]. »

vu les avis médicaux des 13 et 14 novembre 2013 du Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR, selon lesquels il n'y a aucun élément médical objectif nouveau apte à changer les décisions prises jusqu'à maintenant,

vu le projet de décision rendu le 16 décembre 2014 par l'OAI informant l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision,

vu la lettre du 19 janvier 2015 de l'assurée sollicitant une prolongation d'un mois du délai imparti pour formuler d'éventuelles objections,

vu la décision du 9 mars 2015 de l'OAI refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande en considérant ce qui suit :

« Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 4 juin 2013. Ladite décision a été attaquée au tribunal cantonal qui a rejeté votre recours en date du 29 juillet 2013. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations. Vous nous avez fourni en date du 8 octobre 2013 un courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ que nous avons soumis à notre service médical.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il ne contient aucun élément médical objectif nouveau apte à changer les décisions prises jusqu'à maintenant. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. »

vu le recours interjeté le 27 avril 2015 par K. \_\_\_\_\_ concluant, avec dépens, préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, puis à l'annulation de la décision du 9 mars 2015, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour un nouvel examen dans le sens des considérants, la recourante soutenant en substance avoir exposé dans sa demande de révision du 8 octobre 2013 différents arguments notamment sur la base du rapport établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, ayant en particulier fait valoir que l'OAI n'avait pris en compte que la problématique rhumatologique alors que de toute évidence la problématique psychiatrique devait l'être également et reprochant à l'OAI de ne pas avoir procédé à des examens

plus approfondis qui auraient permis selon elle de préciser les troubles psychiatriques dont elle souffre et leur réel impact sur sa vie quotidienne,

vu la requête de la recourante tendant à la fixation d'une audience afin d'entendre plusieurs témoins dont le Dr H. \_\_\_\_\_,

vu les pièces du dossier, dont notamment celles figurant au dossier de l'OAI ;

attendu qu'en vertu de l'art. 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur les recours conformément à l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits,

que l'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies,

que l'exigence ressortant de l'art. 87 al. 2 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2),

qu'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 et si tel n'est pas le cas, liquider l'affaire d'entrée de cause sans autres investigations par un refus d'entrée en matière,

qu'à 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,

qu'elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b),

que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5),

qu'en l'espèce, à l'appui de sa demande, la recourante a produit une lettre du Dr H. \_\_\_\_\_,

que dans son projet de décision du 16 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable

que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision,

que le 19 janvier 2015, l'assurée a sollicité une prolongation d'un mois du délai imparti pour formuler d'éventuelles objections,

qu'elle n'en a pas formulées, ni déposé de rapports médicaux,

que la Cour de céans doit dès lors 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 *in fine*),

qu'en conséquence, les mesures d'instruction requises, soit l'audition du Dr H. \_\_\_\_\_ et d'autres témoins ne sont pas recevables,

que la lettre du Dr H. \_\_\_\_\_ était la seule pièce médicale à disposition de l'OAI lorsqu'il a rendu la décision attaquée,

que ce praticien écrit avoir un doute quant à la solidité de l'appréciation effectuée à l'époque sur le plan psychiatrique plus qu'une aggravation des symptômes,

qu'il précise en outre ne pas avoir eu accès à tout le dossier de l'assurance-invalidité concernant la recourante et notamment le rapport psychiatrique du SMR,

qu'il ne pose aucun diagnostic ni ne se prononce sur la capacité de travail de la recourante,

que cette lettre ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 9 septembre 2010,

que la décision de refus d'entrer en matière rendue par l'OAI est ainsi justifiée,

qu'au vu de ce qui précède, le recours paraît manifestement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté et la décision du 9 mars 2015 confirmée ;

attendu que la recourante a demandé l'assistance judiciaire dans le cadre de son recours, en ce sens qu'elle soit exonérée des frais judiciaires et qu'elle puisse bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Georges Reymond,

qu'en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés,

qu'au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès,

qu'une personne raisonnable aurait vraisemblablement renoncé à engager une telle procédure compte tenu des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter,

que dans ces conditions, l'assistance judiciaire doit être refusée ;

attendu que le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

**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 9 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire déposée le 27 avril 2015 est rejetée.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni 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 Georges Reymond (pour K. \_\_\_\_\_)
- 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 :