

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 novembre 2021

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, 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.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], vivant en Suisse depuis [...], a occupé divers emplois en tant que femme de ménage ou lingère dès 2007, en dernier lieu en 2014 pour l'I.\_\_\_\_\_, avec un contrat de durée déterminée de trois mois à un taux d'activité de 30 %.

Elle a déposé une demande de détection précoce le 26 novembre 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Lors de l'entretien initial qui s'est déroulé le 5 janvier 2016 au Centre S.\_\_\_\_\_ en présence de la psychologue K.\_\_\_\_\_ et du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ceux-ci ont exposé que l'assurée présentait un trouble de l'humeur, des difficultés relationnelles et de gestion des émotions liés à son parcours de vie. L'assurée a ensuite déposé une demande de prestations le 14 janvier 2016.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 19 février 2016.

Répondant le 17 mars 2016 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % en tant que femme de ménage, par nécessité financière.

L'I.\_\_\_\_\_ a retourné le questionnaire pour l'employeur le 29 mars 2016 en indiquant que l'assurée avait travaillé à raison de 6 heures par semaine, pour un revenu brut de 28 fr. de l'heure, toutes indemnités comprises.

Dans un rapport du 24 juin 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ et la psychologue K.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.1), et de trouble de la personnalité mixte, avec

traits histrioniques et émotionnellement labile (F61), « probablement depuis l'adolescence ». Le traitement ambulatoire actuel avait débuté le 28 août 2015, mais la patiente avait déjà été suivie sur le plan psychiatrique au [...] à la suite d'un tentamen dans un contexte d'épisode dépressif, puis à trois reprises sur de courtes périodes après son arrivée Suisse. Le pronostic était incertain pour l'épisode dépressif, avec une amélioration théorique dans un délai de six à douze mois, et « nettement plus réservé » s'agissant du trouble de la personnalité. Les thérapeutes attestaient d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Dans l'annexe relative aux limitations fonctionnelles, ils mentionnaient des difficultés relationnelles, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, des difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. La capacité de concentration et d'attention était limitée de façon moyenne à sévère.

Le 5 septembre 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a confirmé que, sur le plan somatique, sa patiente ne présentait « pas de difficulté ».

Le 28 août 2017, le Dr Z.\_\_\_\_\_ et la psychologue K.\_\_\_\_\_ ont exposé que la situation était restée stationnaire depuis leur précédent rapport, avec la persistance d'une symptomatologie dépressive. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils mentionnaient le sentiment de persécution qui empêchait leur patiente de créer des liens, la mettant sous pression et la rendant particulièrement sensible au stress quotidien. L'incapacité de travail était restée complète depuis le début du suivi, en août 2015. Le pronostic concernant l'état dépressif était incertain au vu de sa persistance depuis deux ans et l'absence d'évolution durant les derniers mois ; il restait nettement réservé s'agissant du trouble de la personnalité.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté pour procéder à une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 20 juillet 2018, ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.1), en rémission partielle, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F61.3). Il précisait que l'intensité de la symptomatologie dépressive était actuellement légère et sans effet sur la capacité de travail, tandis que le trouble de la personnalité, présent depuis la fin de l'adolescence, n'était pas décompensé. Il relevait que l'assurée n'était plus suivie depuis le début de l'année 2018. Ainsi, la capacité de travail était complète, sans diminution de rendement, dans une activité simple et répétitive compte tenu du niveau de formation de l'assurée, mais une aide à la réinsertion serait nécessaire dès lors qu'elle était « installée dans une position de méfiance vis-à-vis de tout ce qui l'entoure et qui entretient ses peurs » du fait de son absence d'entourage, de sa condition d'immigrée et de son histoire de vie.

Dans un rapport du 15 août 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique.

Le 29 août 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de prestation, dès lors que sa capacité de travail restait à 100 % dans les activités habituelles. En l'absence d'incapacité de gain, les mesures professionnelles n'étaient pas à envisager et le droit à la rente n'était pas ouvert.

L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 25 septembre 2018, faisant valoir en particulier que son état de santé ne lui permettait pas de trouver un emploi seule et qu'elle avait besoin du soutien de l'OAI.

Par décision du 5 novembre 2018, reprenant la motivation développée dans son projet précité, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour, il relevait

que, selon les renseignements médicaux recueillis, l'atteinte à la santé n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail et n'entraînait pas de limitation fonctionnelle empêchant la recherche d'un emploi. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 juin 2020, en invoquant des douleurs aux articulations existant depuis mars 2019.

Par courrier du 22 juin 2020, l'OAI a déclaré prendre acte de la demande de révision et a imparti un délai de trente jours à l'assurée pour produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Le 10 juillet 2020, l'assurée a sollicité un délai supplémentaire pour communiquer les informations médicales en lien avec sa demande.

Par avis du 15 juillet 2020, l'OAI a prolongé au 21 septembre 2020 le délai pour produire le rapport médical.

Le 26 août 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue K.\_\_\_\_\_ ont adressé le rapport suivant à l'OAI :

« Mme T.\_\_\_\_\_ est suivie au Centre S.\_\_\_\_\_ depuis le 26 août 2015 à un rythme mensuel pour des troubles psychiques importants, durables, qui ont un impact sur son fonctionnement personnel et professionnel. Depuis le début du suivi, nous observons la présence d'une instabilité de l'humeur ancienne avec fluctuation dans les deux pôles selon les situations de vie (dépression et exaltation de l'humeur). Nous retenons un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 : F33.1).

Nous rappelons que Mme T.\_\_\_\_\_ présente un trouble de la personnalité caractérisé par une importante rigidité de caractère, une souffrance subjective importante, une grande instabilité de l'humeur, des difficultés dans son rapport à soi-même et aux autres, ainsi qu'une difficulté à contrôler ses émotions. Nous objectivons un trouble mixte de la personnalité, avec traits histrioniques et émotionnellement labile (CIM 10 : F61).

Depuis quelques mois, ses difficultés psychiques se sont aggravées avec l'apparition de problèmes somatiques. Mme T.\_\_\_\_\_ décrit des douleurs incapacitantes. Plusieurs investigations sont actuellement en cours pour déterminer la source de ses douleurs. Dès lors, nous vous prions de réétudier son dossier. »

Le 3 septembre 2020, l'OAI a rendu un projet de décision, par lequel il envisageait de refuser d'entrer en matière, dès lors que les informations contenues dans le rapport médical du 26 août 2020 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position mais tout au plus une appréciation différente d'une même situation pathologique.

Par courrier du 14 septembre 2020, l'assurée a sollicité un délai supplémentaire pour fournir un rapport de son médecin généraliste. Selon courrier du 22 septembre 2020, l'OAI a accepté de prolonger le délai au 25 octobre 2020.

Le projet de décision et le courrier du 22 septembre 2020 étant revenus en retour avec la mention « destinataire introuvable », l'OAI a obtenu la nouvelle adresse postale de l'assurée et lui a renvoyé les deux écritures les 29 septembre et 6 octobre 2020.

Par courrier du 5 octobre 2020, l'assurée a contesté le projet de décision, en faisant valoir que la nouvelle demande n'était pas en lien avec ses troubles psychiques mais avec des douleurs articulaires, à propos desquels son médecin généraliste apporterait « des informations médicales sous peu ». L'OAI a confirmé, par courrier du 8 octobre 2020 mal adressé puis réexpédié le 19 octobre 2020 à la nouvelle adresse, que l'assurée disposait d'un délai au 25 octobre 2020 pour fournir les éléments susceptibles de modifier sa position.

Par décision du 23 novembre 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs déjà développés dans son projet.

**C.** T.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 20 décembre

2020, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur sa seconde demande de prestations. Elle a fait valoir que son état de santé s'était encore péjoré depuis la décision litigieuse, avec des douleurs diffuses dans tout le corps en cours d'évaluation par son médecin, et qu'elle serait en mesure de fournir des documents médicaux dès le 15 janvier 2021 pour étayer ses propos.

Le 28 janvier 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Par réponse du 3 mars 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il a relevé que le seul rapport médical versé au dossier évoquait une aggravation des difficultés psychiques depuis quelques mois avec l'apparition de problèmes somatiques, sans aucune précision quant à l'éventuelle évolution de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles depuis 2015. Bien qu'elle allègue que sa demande était en lien avec des douleurs articulaires, la recourante n'avait produit aucun rapport médical en ce sens dans le délai prolongé à sa demande.

Par ordonnance du 5 mars 2021, la juge instructrice de la Cour de céans a imparti un délai au 12 avril 2021 à la recourante pour fournir, le cas échéant, des explications complémentaires, ainsi que pour produire toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions.

La recourante n'a transmis aucun mémoire complémentaire ni produit de nouvelles pièces dans le délai, prolongé au 30 avril 2021 à sa 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.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 17 juin 2020, singulièrement sur la question de savoir si l'intéressée a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 5 novembre 2018, entrée en force.

**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 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 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). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité 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. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

**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. 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).

**4. a)** En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée en novembre 2015 par la recourante, le médecin généraliste traitant avait confirmé qu'il n'existait aucune difficulté sur le plan somatique en septembre 2016. L'instruction avait dès lors porté sur l'atteinte de nature psychique annoncée par les thérapeutes en charge du suivi de la recourante auprès du Centre S.\_\_\_\_\_. A cet égard, une expertise psychiatrique avait été mise en œuvre par l'OAI et le rapport déposé le 20 juillet 2018 avait confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble mixte de la personnalité. L'expert avait déterminé que la symptomatologie dépressive était d'intensité légère et le

trouble de la personnalité non décompensé, de sorte qu'il n'y avait pas d'effet sur la capacité de travail. Sur cette base, l'intimé avait rendu une décision de refus de prestations le 5 novembre 2018, que la recourante n'avait pas contestée.

Avec sa seconde demande de prestations, en juin 2020, l'assurée a annoncé l'existence d'une atteinte d'ordre somatique. Invitée par l'intimé à produire des documents médicaux attestant de l'aggravation de son état de santé depuis la première décision, la recourante a sollicité deux prolongations de délai, en faisant part de son intention d'envoyer un rapport de son médecin généraliste traitant. L'intimé a déféré aux deux demandes de prolongation. La recourante a encore, de fait, bénéficié d'un délai supplémentaire d'environ un mois, l'intimé n'ayant pas rendu sa décision dans les jours qui ont directement suivi l'échéance du délai. Dans l'intervalle, l'intimé n'a reçu qu'un rapport des thérapeutes du Centre S.\_\_\_\_\_, établi le 26 août 2020. Ainsi, du point de vue somatique, le seul élément figurant au dossier reste le rapport médical du médecin traitant consulté par la recourante en 2016, qui confirmait l'absence de toute difficulté.

S'agissant par ailleurs de l'état de santé psychique, la Dre H.\_\_\_\_\_ et la psychologue K.\_\_\_\_\_ ne signalent pas de nouvelle affection dans leur rapport du 26 août 2020. Restant très succinctes, elles confirment les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité déjà signalés en 2016, ainsi que la poursuite de la thérapie mise en place dès août 2015. Elles évoquent certes une aggravation de la symptomatologie dépressive, qualifiée d'épisode moyen, qu'elles mettent en lien avec l'apparition de douleurs somatiques. Elles ne décrivent toutefois pas le status actuel et ne définissent pas de nouvelles limitations fonctionnelles susceptibles d'avoir une incidence significative sur la capacité de travail de la recourante. Par conséquent, la situation médicale prévalant en été 2020 paraît largement superposable à celle décrite dans les précédents rapports des psychothérapeutes traitants, lesquels ont été pris en compte par l'expert mis en œuvre en 2018.

**b)** Dans son recours, la recourante n'a donné aucune explication quant aux motifs qui l'ont empêchée de fournir les éléments nécessaires dans le délai prolongé à deux reprises par l'intimé, ni ultérieurement dans le temps supplémentaire dont elle a bénéficié de fait. De même, l'annonce dans son recours qu'elle serait en mesure de produire des pièces médicales complémentaires dès le 15 janvier 2021 n'a pas été suivi d'effet. Aucune restitution de délai n'entre dès lors en ligne de compte, étant au surplus rappelé que, de jurisprudence constante, le dossier ne saurait être complété par des pièces produites postérieurement à la décision litigieuse, puisque la Cour de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé a statué.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, force est dès lors 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 demande de prestations déposée le 16 juin 2020.

**5. a)** En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois

du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- 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 :