

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 729 vom 22. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__729

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 729 du 22 octobre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 729 del 22 ottobre 2015

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.10.2015 Arrêt / 2015 / 729

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 152/14 - 274/2015 ZD14.027678 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 22 octobre 2015 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre

, président Mmes Röthenbacher et Pasche, juges Greffier : M. Germond *****

Cause pendante entre : E. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI En fait : A. E. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, ressortissante turc au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse de type « C », était employée en qualité d'auxiliaire en reliure à temps complet par la société M. _____ SA à [...]. Licenciée avec effet au 31 août 2004, l'assurée n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors compte tenu d'incapacités de travail fluctuantes au long cours attestées par ses médecins (100% du 18 novembre 2003 au 12 avril 2004 ; 50% du 13 avril au 27 mai 2004 ; 100% du 28 mai au 8 août 2004 ; 50% du 9 août 2004 au 17 mai 2005 et 100% dès le 18 mai 2005). Elle a déposé une demande de prestations AI le 9 janvier 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) en indiquant souffrir de douleurs vertébrales prédominant au niveau lombaire et ayant nécessité une intervention chirurgicale. L'OAI a fait procéder à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) par le Service Médical Régional (SMR) de l'AI, qui a examiné l'assurée le 18 juillet 2007. Dans leur rapport déposé le 9 août suivant, les Drs V. _____, rhumatologue FMH et H. _____, psychiatre FMH, ont posé les diagnostics suivants : “ - Avec répercussion sur la capacité de travail : • dorsolombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après hémilaminectomie, arthrectomie médiane bilatérale L4-L5 pour cure de canal lombaire étroit et avec hernie discale D12-L1 droite (M54.4); • cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54.2); • aucun sur le plan psychiatrique. - Sans répercussion sur la capacité de travail : • fibromyalgie; • obésité; • suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche et status après

opération du tunnel carpien droit; • aucun sur le plan psychiatrique. ” Ces examinateurs ont estimé qu’il ne pouvait plus être exigé de l’assurée qu’elle exerçât son ancienne profession d’ouvrière en imprimerie. Cette dernière était en revanche considérée comme apte à travailler à plein temps dès la mi-juillet 2004 (soit six mois après une opération chirurgicale pour canal lombaire étroit datant de janvier 2004) dans un emploi respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de soulèvement régulier de charges d’un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d’un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout. Par décision du 1^{er} avril 2008 – confirmant en intégralité un projet rendu le 20 novembre 2007 –, l’OAI a refusé à l’assurée le droit à la rente en retenant l’absence de préjudice économique de celle-ci ; compte tenu de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée et moyennant la prise en considération d’un abattement de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles, le revenu d’invalidé (selon les statistiques de l’Enquête suisse sur la Structure des Salaires [ESS]) de l’assurée s’élevait, pour 2005, à 44'163 fr. 44. Par acte du 2 mai 2008 de son mandataire, l’assurée a recouru contre cette décision de refus de rente en concluant à sa réforme en ce sens qu’elle soit mise au bénéfice d’une rente entière dès le 1^{er} janvier 2006. Elle soutenait en substance ne plus pouvoir exercer aucune activité professionnelle vu son état de santé. Elle a fait valoir également qu’il convenait de suivre l’avis de son médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, selon lequel il eût fallu la soumettre à un examen fonctionnel en situation de travail afin d’objectiver son comportement et sa tolérance en pareilles circonstances. La recourante ajoutait encore qu’en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il était exclu qu’un employeur puisse envisager de l’engager sur la base d’une situation de marché du travail équilibré. Par arrêt du 17 novembre 2009 (CASSO AI 217/08 – 387/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision de refus de rente du 1^{er} avril 2008. Elle a notamment considéré ce qui suit : “ 5. [...] En l’espèce, on relèvera que le Dr N. _____ ne conteste ni les diagnostics retenus par le rhumatologue du SMR ni les limitations fonctionnelles énoncées. Son intervention, reprise par la recourante, se résume à dire que l’exigibilité médico-théorique n’a pas été confrontée à une observation en situation de travail. Or, il ne s’agit pas d’un argument médical ou d’un élément ayant été ignoré dans le cadre de l’expertise administrative ordonnée par l’Office AI (cf. supra, consid. 4b). Au demeurant, on ne voit pas la pertinence de la mise en œuvre d’une telle évaluation, qui serait d’emblée vouée à l’échec puisque la recourante s’estime incapable d’exercer une quelconque activité professionnelle, même adaptée à son état de santé. S’agissant de la capacité de travail sur le plan somatique, le SMR considère que la recourante peut exercer à plein temps, depuis mi-juillet 2004, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles, c’est-à-dire sans soulèvement et port régulier de charges de plus de 5 et 12 kg respectivement, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et qui permet l’alternance des positions assise et debout deux fois par heure. Pour sa part, en novembre 2004, le Dr N. _____ a d’abord considéré que sa patiente pouvait travailler à mi-temps dans son ancienne activité d’ouvrière en imprimerie, puis que sa capacité de travail était nulle à partir du 18 mai 2005, pour finalement estimer qu’elle ne pouvait plus exercer aucune activité professionnelle (rapport du 5 mars 2006). Il justifie cette incapacité totale de travailler par l’importance du handicap fonctionnel statique et dynamique. On ne trouve toutefois aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des médecins du SMR en ce qui concerne la capacité de travail de 100 % exigible. En effet, les limitations fonctionnelles précitées sont conformes

aux dorsolombosciatalgies et cervicoscapulalgies dont souffre la recourante et celle-ci ne fait valoir aucune autre affection physique que les médecins n'auraient pas prise en compte. Subsiste le trouble somatoforme douloureux, mais dont on ne saurait considérer qu'il constitue une maladie invalidante dans la mesure où, même à supposer que l'on retienne l'état anxio-dépressif réactionnel sans incidence sur la capacité de travail diagnostiqué par le seul le Dr N. _____ (rapport du 5 mars 2006), il ne s'agit que d'une manifestation d'accompagnement sans gravité à la fibromyalgie (cf. supra, consid. 4c). Enfin, il ressort des rapports médicaux que l'intéressée ne présente pas de maladie psychiatrique. Au vu de ce qui précède, on ne voit pas que la recourante n'est pas en mesure d'exercer, à plein temps et moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, une activité professionnelle adaptée, sur un marché du travail équilibré, tenant compte des limitations fonctionnelles relatives à sa pathologie ostéoarticulaire. ” La Cour de céans a confirmé d'autre part que la recourante ne présentait pas de préjudice économique dès lors qu'après comparaison des revenus en 2005, celui d'invalidé (44'163 fr. 44) était supérieur à celui que l'intéressée réaliserait si elle était en bonne santé (41'947 fr.) (cf. CASSO AI 217/08 – 387/2009 du 17 novembre 2009, consid. 6). Il a encore été retenu ceci : “ 7. La recourante soutient enfin qu'il est objectivement exclu d'imaginer, sur le marché du travail, qu'un employeur puisse l'engager à son âge (51 ans), sans qualifications et compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles. [...] En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante ne sont pas telles que l'activité légère exigible de sa part ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes. Il convient au contraire d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles et accessible sans aucune formation particulière. 8. En définitive, la décision de l'autorité intimée doit être confirmée et le recours rejeté. ” B. Le 28 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Elle faisait état d'atteintes à la santé sous la forme d'une déformation dorsale et de problèmes psychologiques. Par courrier du 29 janvier 2014, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. L'attention de l'assurée était expressément attirée sur le fait que passé ce délai et sans nouvelles de sa part, l'autorité administrative devrait considérer qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et qu'une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. En l'absence de réaction de la part de l'assurée à son précédent courrier, dans un projet de décision du 13 mars 2014, l'OAI lui a fait part de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande concernant l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Il ressort en particulier ce qui suit de ce projet : “ [...] Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 1er avril 2008, confirmée par l'arrêt de la Cour des Assurances Sociales du 17 novembre 2009. 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. Pour cette raison, nous ne

pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. ” Le 7 avril 2014, la Dresse X._____, médecine interne FMH et spécialiste en rhumatologie, a indiqué à l’Office AI qu’au cours des six dernières années, l’état de santé de sa patiente s’était aggravé tant aux plans physique que psychique, sans plus amples explications. Cette praticienne se disait en outre étonnée que l’avis des médecins traitants n’ait pas été requis à la suite du dépôt de la nouvelle demande de prestations. Le 11 avril 2014, l’assurée a fait part à l’OAI de son désaccord total sur le projet de refus d’entrer en matière rendu le 13 mars 2014. Mentionnant une péjoration de son état de santé sur les plans physique et psychologique, elle a transmis la liste des noms de ses médecins, à savoir : le Dr C._____ (médecin traitant), les Dresses X._____ (spécialiste) et B._____ (psychologue). L’assurée précisait que ceux-ci se tenaient à disposition de l’Office AI pour lui transmettre des rapports relatifs à son état de santé actuel. Selon un mandat établi le 22 avril 2014, le courrier de la Dresse X._____ du 7 avril 2014 a été soumis au SMR pour appréciation en vue de savoir s’il existait des renseignements médicaux nouveaux voire une péjoration de l’état de santé postérieure à la décision de refus de prestations rendue le 1^{er} avril 2008. Dans un avis du 5 juin 2014, le Dr Z._____, du SMR, s’est prononcé comme il suit sur les nouveaux documents produits dans le cadre de l’instruction du dossier : “ Nous ne disposons pour l’heure que : - d’un courrier de la Dresse X._____ en date du 07.04.2014 déclarant une aggravation de l’état de santé de l’assurée et s’étonnant que des renseignements médicaux ne soient pas pris auprès des médecins habituels en charge du suivi régulier depuis 6 ans ; - d’un courrier de l’assurée communiquant les noms de ses médecins. Aucun élément médical exploitable ne figurant sur ces documents, aucune entrée en matière n’est envisageable. ” Par décision du 10 juin 2014 rendue à la suite de la contestation élevée le 11 avril 2014, l’OAI a intégralement confirmé à l’assurée son refus d’entrer en matière concernant l’octroi d’une rente et de mesures professionnelles. Le motif était qu’avec sa nouvelle demande, E._____ n’avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s’étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Dans un courrier d’accompagnement du même jour, se ralliant à l’avis recueilli auprès du SMR, l’OAI estimait qu’aucun élément médical nouveau susceptible de modifier la position de son projet du 13 mars 2014 n’avait été apporté par l’intéressée. C. Par acte du 3 juillet 2014, E._____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de non-entrée en matière rendue le 10 juin 2014. Elle conclut avec dépens et principalement, à la réforme de la décision querellée en ce sens qu’elle a droit à la rente entière à partir d’une date fixée « à dire de justice ». Subsidiairement, elle conclut à l’annulation de cette décision ainsi qu’au renvoi du dossier de la cause à l’intimé pour complément d’instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante fait en substance grief à l’OAI de retenir dans sa décision qu’elle n’a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait se sont modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et de ne pas être entré en matière sur la nouvelle demande de rente. Elle soutient que dans ses lignes du 7 avril 2014, la Dresse X._____ aurait démontré – au moins au degré de vraisemblance prépondérante – une aggravation de l’état de santé de sa patiente, ce qui pour ce seul motif déjà justifiait une entrée en matière. Rappelant avoir communiqué le 11 avril suivant le nom de ses médecins, la recourante fait d’autre part grief à l’intimé de ne pas avoir interpellé ceux-ci ; elle y voit un abus de droit de la part de l’autorité s’agissant de son devoir d’instruire la demande à l’aune de l’art. 43 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1). Elle a requis une « instruction

d'ordre médical complète » de la part du Tribunal. Invité à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet ainsi que le maintien de la décision attaquée par réponse du 9 octobre 2014. L'intimé rappelle que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, la recourante n'a pas apporté d'élément médical rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. Par réplique du 14 novembre 2014, la recourante confirme implicitement ses précédentes conclusions. Elle a produit un rapport du 30 octobre 2014 de la Dresse B. _____ et fait valoir que vu la convergence des appréciations médicales de ses médecins, dans le sens d'une aggravation progressive évidente de sa santé au cours des dernières années (troubles totalement incapacitants), l'octroi de la rente se justifierait de sorte qu'une entrée en matière s'imposait a fortiori dans son cas. En refusant d'instruire sa nouvelle demande, la recourante allègue encore que l'OAI aurait violé son droit d'être entendue. Dans sa duplique du 25 novembre 2014, l'intimé conclut derechef au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il précise que la nouvelle pièce médicale produite par la recourante à l'appui de sa réplique ne peut être prise en compte dès lors qu'est seul déterminant pour la production de moyens de preuve pertinents, le moment du dépôt de la nouvelle demande de prestations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).
- b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).
- c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).
- b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si la nouvelle demande déposée le 28 janvier 2014 établissait de manière plausible une modification de l'invalidité susceptible d'influencer le droit de l'assurée aux prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme

toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence 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 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). 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. 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_754/2013 du 16 avril 2014, consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TF 9C_717/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.3 ; TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 3a supra), la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 4. Le

Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait 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, 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 se sont modifiées, 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_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances 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 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées). 5. En l'espèce, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI déposée le 28 janvier 2014 par la recourante. Faisant siennes les constatations du SMR, il a retenu que l'état de santé de celle-ci ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la dernière décision de refus de rente du 1^{er} avril 2008, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 17 novembre 2009 lui-même entré en autorité de la chose jugée. La recourante fait valoir pour sa part que les lignes du 7 avril 2014 de la Dresse X. _____ démontreraient une aggravation de son état de santé avérée justifiant la reprise de l'instruction du dossier. En outre, elle soutient avoir communiqué, dans les quelques jours suivants, le nom de ses médecins traitants en indiquant que ces derniers se tenaient à disposition pour l'établissement d'avis. Or, l'intimé aurait violé son obligation d'instruire la nouvelle demande en ne les interpellant pas. a) A titre liminaire, il convient de relever qu'hors procédure administrative, la recourante a produit un rapport du 30 octobre 2014 rédigé sous la plume de la Dresse B. _____. A l'instar de l'intimé dans sa duplique, la Cour considère que cette dernière pièce médicale ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'elle a été établie ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Dans un litige du genre de celui d'espèce, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. consid. 4 supra). Pour des motifs identiques, il est ici le lieu de préciser à l'intention de la recourante que dans le cadre d'une procédure de recours contre une décision de refus d'entrer en matière, il ne peut être donné de suite à la mesure d'instruction requise en l'espèce, à savoir la mise en œuvre par le Tribunal d'une « instruction d'ordre médical complète » sous la forme de l'interpellation des médecins traitants puis, le cas échéant, d'une expertise pluridisciplinaire. b) Il convient dès lors de déterminer si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la

décision du 1^{er} avril 2008. c) aa) Le 29 janvier 2014, l'Office AI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le courrier du 7 avril 2014 adressé par la Dresse X._____ ainsi que celui de l'assurée du 11 avril suivant, tous deux produits pour la première fois dans le cadre de la contestation du projet de décision de refus d'entrée en matière rendu le 13 mars 2014, ont été soumis pour appréciation au SMR (cf. avis du 5 juin 2014 du Dr Z._____). Le 10 juin 2014 dans un courrier explicatif joint et faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'OAI a constaté que de l'avis des médecins du SMR, la recourante ne lui avait apporté aucun élément médical nouveau de nature à modifier la position de son projet précité. bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr V._____, rhumatologue FMH, du SMR, a posé en août 2007 les diagnostics invalidants de dorsolombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis) et de cervicoscapulalgies bilatérales (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis), atteintes à la santé qui n'entravaient notamment pas la pleine capacité de travail résiduelle de la recourante dès la mi-juillet 2004 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : sans soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, sans port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et avec la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise / debout). Cette évaluation a par la suite été partagée tant par l'OAI dans sa décision de refus de rente du 1^{er} avril 2008 que par le Tribunal au terme de son arrêt du 17 novembre 2009 (cf. CASSO AI 217/08 – 387/2009). Quoiqu'en dise la recourante, le courrier de son médecin traitant du 7 avril 2014 n'est pas déterminant dès lors que celui-ci y mentionne une aggravation de l'état de santé de sa patiente sur les plans physique et psychique durant les six dernières années, mais sans l'étayer. Outre le fait qu'il émane du médecin traitant lequel, par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, a généralement tendance à se prononcer en faveur de ses patients, de sorte que son avis doit être admis avec réserve (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2), on doit admettre avec le SMR que ledit document est extrêmement laconique car dépourvu de tout substrat médical attestant le bien-fondé de ses constatations. L'absence d'examens complets, de diagnostics, d'une anamnèse et d'une appréciation ainsi que de conclusions dûment motivées empêche de conférer pleine valeur probante au courrier du 7 avril 2014 de la Dresse X._____ (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). En tout état de cause, il demeure que le médecin traitant n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse d'avril 2014. Le courrier du 7 avril 2014 de la Dresse X._____ n'est dès lors d'aucun secours à la recourante dans le cadre de la présente affaire, dans la mesure où il ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'OAI. cc) Sous l'angle psychiatrique, en août 2007, le Dr H._____, psychiatre FMH, du SMR, n'a pas retenu de diagnostic invalidant chez l'examinée. Ce point de vue a ensuite été repris et entériné par l'OAI dans sa décision de refus de prestations du 1^{er} avril 2008, puis par la Cour de céans au terme de son arrêt de novembre 2009. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012, consid. 3 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Or, à l'appui de sa nouvelle demande, la recourante n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique. On doit ainsi considérer avec l'intimé qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux nouveaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI. dd) La seule communication du nom de ses médecins traitants par la recourante avec la précision que ceux-ci se tenaient à la disposition de l'OAI pour l'établissement d'avis actualisés ne change rien à ce qui précède. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de juger en effet que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI – actuellement art. 87 al. 2 RAI. Ainsi, eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que les organes de l'assurance-invalidité sont en droit de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, ceci à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. consid. 4 supra). La recourante n'a pas donné suite à l'invitation qui lui a été faite le 29 janvier 2014 par l'OAI de produire un rapport détaillé rendant plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits à l'appui de sa nouvelle demande. Son attention a été dûment attirée sur le fait que l'autorité n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où elle ne se plierait pas à ses injonctions. Dans ces circonstances, il n'est dès lors pas possible pour la recourante de se prévaloir a posteriori d'une violation de la part de l'intimé de son obligation d'instruire la nouvelle demande et partant de lui imputer une violation de son droit d'être entendue au motif que celui-là n'a pas interpellé d'office les médecins traitants. d) Il n'y a finalement pas lieu de s'écarter de l'appréciation à laquelle a procédé l'intimé en retenant qu'il était en droit de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, à défaut d'éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée postérieurement à la dernière décision de refus de prestations rendue le 1^{er} avril 2008. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à 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 (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, assistée par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 3 juillet 2014 par E._____ est rejeté. II. La décision rendue le 10 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de E._____. IV. Il n'est pas alloué de

dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour E. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.