

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à U._____, recourante, représentée par Me David Métille,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) Souffrant d'un lymphome de type 3 depuis le 13 juillet 2018 et d'une polyneuropathie sensitive prédominante aux membres supérieurs sur chimiothérapie, V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, divorcée, mère d'un enfant adulte, indépendante à la tête d'un tea-room depuis 2007, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 septembre 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

L'assurée a présenté une incapacité de travail de 90 % du 13 juillet au 30 septembre 2018 puis de 70 % dès le 1^{er} octobre 2018, avant de reprendre l'exercice de son activité professionnelle à 80 % dès le 1^{er} février 2019.

Sur un formulaire *ad hoc* complété le 13 juin 2019, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps depuis toujours.

Par décision du 9 décembre 2019, confirmant un projet de décision du 29 octobre 2019, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu qu'à la fin du délai de carence d'une année, soit le 13 juillet 2019, celle-ci disposait d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle. Aussi convenait-il de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité puisque le degré d'invalidité - fixé à 20 % - était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation.

b) Le 6 avril 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de complications cardiaques induites par la pathologie oncologique. Elle a produit deux attestations datées des 3 février et 13 mars 2023 indiquant une incapacité totale de travail du 31 janvier au 30 avril 2023, ainsi qu'un certificat médical établi le 10 mars 2023 par la Dre F._____, cheffe du Service d'oncologie auprès de l'Hôpital B._____.

A la demande de l'assurée (courriel du 16 mai 2023), l'office AI lui a accordé un délai au 29 juin 2023 pour rendre plausible une modification de sa situation.

Par décision du 5 juillet 2023, confirmant un projet de décision du 4 mai 2023, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande de prestations, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible, grâce à des documents médicaux concluants, que son état de santé s'était modifié depuis la décision de refus de prestations du 9 décembre 2019.

Le 11 juillet 2023, l'assurée a transmis à l'office AI une liasse de documents médicaux établis dans le cadre d'examens spécialisés intervenus depuis 2012, expliquant le dépassement du délai imparti par le fait que le contrôle semestriel auprès de son oncologue n'avait pas pu avoir lieu avant le 10 juillet 2023. Outre les consultations oncologiques, les rapports produits ont plus particulièrement mis en évidence l'implantation de prothèses totales du genou en raison d'une gonarthrose bilatérale, d'abord à gauche en août 2021 puis à droite en janvier 2023 (rapports des 17 août 2021 et 7 février 2023 établis respectivement par les Drs H._____ et L._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), ainsi qu'une hyperfonction thyroïdienne en avril 2022 (maladie de Basedow) associée à une tachycardie sinusale persistante (rapport du 8 juin 2022 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie).

Par courrier du 18 juillet 2023, l'office AI a fait savoir à l'assurée que les pièces médicales nouvellement produites ne contenaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. Aussi a-t-il maintenu sa décision du 5 juillet 2023.

B. **a)** Par acte du 7 septembre 2023, V._____, représentée par Me David Métille, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 5 juillet 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'elle soit mise au

bénéfice d'une « rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, à partir du 1^{er} février 2023 ».

L'assurée a tout d'abord fait grief à l'office AI de ne pas avoir pris en considération l'aggravation de son état de santé. Il résultait pourtant des documents médicaux établis par la Dre F. _____ des éléments nouveaux démontrant une péjoration de sa situation médicale. Ainsi, dans son certificat du 10 mars 2023, cette médecin relevait déjà que le traitement oncologique avait entraîné des complications importantes au niveau cardiologique. De plus, sa patiente présentait une asthénie persistante de grade 2 avec une asthénie majeure à des efforts minimales. La Dre F. _____ estimait dès lors que la capacité de travail était nulle, ce d'autant que, dans un rapport du 28 août 2023, elle a souligné que l'assurée présentait une baisse globale de l'état général, sous la forme d'une aggravation tant physique que psychique, et qu'un séjour de réadaptation oncologique était en cours. L'assurée a également rappelé qu'une prothèse totale du genou droit lui avait été posée le 31 janvier 2023 ; quand bien même l'intervention n'avait pas donné lieu à des complications, il n'était pas exclu que la capacité de déambulation et la station debout de longue durée puissent s'avérer problématiques.

Dans un second moyen, l'assurée s'est prévalu de diverses circonstances (âge, expérience professionnelle limitée aux secteurs de la vente et de la restauration, absence de formation dans le domaine commercial, mauvais état de santé général) pour exciper d'une employabilité très réduite sur le marché libre du travail. Aussi convenait-il de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité « avec effet au 1^{er} avril 2023, soit trois mois après le début de l'aggravation de l'état de santé (...) ayant justifié une incapacité complète de travail depuis le 31 janvier 2023 ».

b) A sa réponse du 31 octobre 2023, l'office AI a joint l'avis médical établi le 12 octobre 2023 par la Dre P. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Alors que cette médecin a suggéré la reprise de l'instruction en proposant

d'interroger l'oncologue, le cardiologue et l'orthopédiste quant à l'évolution de l'état de santé et de l'incapacité de travail de l'assurée, l'office AI a souligné que seules les pièces médicales produites antérieurement à la décision litigieuse devaient être prises en compte dans l'examen d'une éventuelle reprise de l'instruction. Aussi a-t-il conclu au rejet du recours, non sans inviter l'intéressée à déposer une nouvelle demande de prestations accompagnée des pièces médicales transmises en procédure judiciaire.

c) Par réplique du 10 janvier 2024, l'assurée a relevé qu'elle avait produit, à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, un certificat médical établi le 10 mars 2023 par la Dre F._____. Cette médecin y évoquait une asthénie inchangée depuis plusieurs années, des polyneuropathies persistantes ainsi que des troubles cardiaques affectant sa qualité de vie. Il était donc regrettable que l'office AI ait ignoré ce document, ce d'autant que le rapport médical du 10 juillet 2023 rendait compte d'éléments similaires démontrant une péjoration de l'état de santé. L'assurée s'est par ailleurs prévalu d'un rapport rédigé à sa demande le 13 novembre 2023, dans lequel le Dr L._____ confirmait la complexité de son état de santé, dès lors qu'elle souffrait de douleurs quotidiennes aux genoux et qu'elle avait développé des problèmes psychologiques ayant motivé leur prise en charge. Dans ces conditions, le Dr L._____ estimait que la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de sa patiente (difficultés de maintenir longtemps la même position et douleurs en cas de changement de positions) était relativement complexe. Réitérant pour finir les remarques formulées en lien avec d'éventuelles difficultés d'employabilité, l'assurée a déclaré confirmer les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

d) Dupliquant en date du 12 février 2024, l'office AI a indiqué ne rien avoir à ajouter à son écriture du 31 octobre 2023, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige a pour objet la question de savoir si l'office AI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 6 avril 2023 par V._____. Il s'agit dès lors de déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 6 avril 2023, la recourante a établi de façon plausible une modification des faits depuis la décision du 9 décembre 2019 lui déniait le droit à une rente d'invalidité. Il s'ensuit que la conclusion de la recourante tendant à l'octroi

d'une rente entière d'invalidité est irrecevable en tant qu'elle excède l'objet du litige.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 5 juillet 2023, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 6 avril 2023. La Cour de céans doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit entré en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'une personne assurée dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande. 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 la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

5. a) Dans sa décision du 9 décembre 2019, l'office AI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle.

aa) A l'appui de sa demande du 6 avril 2023, la recourante a produit deux certificats datés des 3 février et 13 mars 2023 attestant une incapacité totale de travail du 31 janvier au 30 avril 2023. Elle a

également transmis un certificat médical du 10 mars 2023, dans lequel la Dre F._____ faisait état de complications cardiaques induites par la chimiothérapie, de polyneuropathies persistantes ainsi que d'une asthénie inchangée. Dans son compte-rendu du 4 mai 2023, la Dre P._____, médecin auprès du SMR, a considéré que les pièces communiquées ne suffisaient pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis le mois de décembre 2019, et encore moins de faire admettre une péjoration susceptible de réduire notablement la capacité de travail résiduelle de la recourante, telle qu'elle a été déterminée en décembre 2019. Aussi l'office AI lui a-t-il adressé, le 4 mai 2023, un projet de décision, l'informant qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 6 avril 2023, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la décision du 9 décembre 2019. A réception de ce projet, l'assurée a adressé, le 16 mai 2023, un courriel à l'office AI pour lui demander un délai afin de motiver son désaccord. Par courrier du même jour, l'office AI lui a accordé un ultime délai au 29 juin 2023 pour qu'elle puisse faire part de ses objections. En l'absence de réaction de la recourante dans le délai imparti, l'office AI a, le 5 juillet 2023, rendu une décision de refus d'entrer en matière. Le 11 juillet 2023, l'assurée a transmis à l'office AI une liasse de documents médicaux établis dans le cadre d'examens spécialisés intervenus depuis 2012, expliquant le dépassement du délai imparti par le fait que le contrôle semestriel auprès de son oncologue n'avait pas pu avoir lieu avant le 10 juillet 2023.

bb) Dans son recours, la recourante fait valoir que son état de santé ne lui permet plus d'exercer quelque profession que ce soit, se prévalant à cet égard du rapport établi le 10 juillet 2023 par la Dre F._____. Elle invoque également d'autres pathologies, à savoir une gonarthrose ayant nécessité l'implantation d'une prothèse totale du genou à gauche en août 2021 puis à droite en janvier 2023 (rapports des 17 août 2021 et 7 février 2023 rédigés respectivement par les Drs H._____ et L._____), ainsi qu'une asthénie persistante de grade 2 avec une fatigabilité très importante aux minimales efforts pendant ses activités de la vie quotidienne (rapport de la Dre F._____ du 10 juillet 2023), qu'il y a lieu de prendre en considération pour procéder à l'entrée en matière. La

Dre F._____ a également évoqué des troubles cardiologiques, secondaires au traitement chimiothérapeutique mis en œuvre (cf. certificat médical du 10 mars 2023).

b) Certes, dans son avis du 12 octobre 2023, la Dre P._____, médecin auprès du SMR, a estimé qu'il convenait de reprendre l'instruction en interrogeant non seulement l'oncologue, mais également le cardiologue et l'orthopédiste. Il n'en demeure pas moins que les pièces médicales produites par la recourante postérieurement à la décision entreprise - et à plus forte raison en procédure judiciaire - ne peuvent pas être prises en considération dans la présente procédure, puisque l'examen du juge est limité à l'état du dossier au moment où l'intimé a statué (cf. considérant 4c *supra*). Il ne saurait au demeurant être question de surseoir à ces principes - fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure - sous peine de les vider de leur portée juridique. Afin de pouvoir se prévaloir des constatations médicales susmentionnées, la recourante aurait dû contacter l'office intimé avant l'expiration du délai accordé, le 29 juin 2023, pour l'informer du rendez-vous auprès de la Dre F._____ le 10 juillet 2023 et solliciter le report de la décision à rendre. Cependant, comme l'a rappelé l'intimé dans sa réponse, il reste loisible à la recourante de formuler une nouvelle demande accompagnée de tous les documents médicaux utiles. Quant aux attestations d'incapacité de travail des 3 février et 13 mars 2023 et au certificat médical du 10 mars 2023, c'est à bon droit que l'office intimé a considéré qu'ils n'étaient pas suffisants pour établir une péjoration de l'état de santé de la recourante.

c) Par conséquent, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé de la recourante entre le 9 décembre 2019 et la date de la décision entreprise, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 6 avril 2023.

6. En définitive, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée.

7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision rendue le 5 juillet 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de V._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, avocat (pour V. _____),
- 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).

Le greffier :