

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 octobre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

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. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en [...], intermittente du spectacle, a présenté une incapacité de travail à compter du mois d'avril 2006.

Elle a déposé le 5 septembre 2007 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de lombo-sciatalgies dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale, de lésion au dernier niveau et glissement de L5 sur S1, de micro-instabilité et d'arthrose facettaire associée, de fasciite plantaire gauche (talalgie, éperon calcanéen, calcifications et nodules sous le talon) et d'instabilité des deux chevilles.

L'OAI a procédé à l'instruction du cas, en sollicitant des rapports auprès des médecins consultés par l'assurée, à N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, W._____, spécialiste en rhumatologie, C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, médecin praticien.

Le 17 mars 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008.

Le même jour, l'OAI a transmis à la caisse cantonale AVS 022.1 son préavis. Il a toutefois demandé à la caisse de ne pas notifier la décision avant d'être en possession de la motivation qu'il lui adresserait une fois terminée la procédure d'audition, se référant dans ce cadre à l'art. 73^{ter} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.202).

Le Dr G._____ a indiqué à l'OAI le 31 mars 2011 qu'il avait dû adresser sa patiente à un psychiatre. Le 14 avril 2011, ce médecin a ajouté que l'assurée présentait un état anxio-dépressif chronique et qu'elle consultait le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 29 avril 2011, Me Philippe Graf d'U._____ a indiqué être consulté et a sollicité une prolongation de délai pour pouvoir adresser à l'OAI les déterminations de sa cliente relatives au projet de décision.

Le 8 juin 2011, le Dr A._____ a expliqué suivre l'assurée à sa consultation depuis le 8 avril 2011 pour un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique en lien avec des problèmes rhumatologiques invalidants, estimant que son état de santé ne permettait actuellement pas la reprise d'une activité professionnelle.

L'assurée a encore produit le 16 juin 2011 un rapport du Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie.

Le 6 juillet 2011, par le biais de son représentant, l'assurée a déposé des observations sur le projet de décision du 17 mars 2011, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Avec son écriture, elle a produit un rapport du 1^{er} juin 2011 de la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, selon lequel sa capacité de travail était nulle, ainsi qu'un rapport du Dr A._____ du 29 juin 2011 de teneur identique à son rapport du 8 juin 2011.

Le 11 juillet 2011, une décision a été rendue, en langue allemande, notifiée à l'assurée directement, selon laquelle elle avait droit à une prestation mensuelle de 1'249 fr. pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008, ce qui représentait un montant de 12'490 fr. pour dix mois. Les voies de droit figuraient au pied de cette décision, précisant qu'il pouvait être formé recours contre celle-ci auprès du « Tribunal des

assurance[s], Route du Signal 8, 1014 Lausanne » dans un délai de trente jours.

A la requête de l'OAI, le Dr A. _____ lui a adressé un rapport le 19 juillet 2011.

Un examen clinique psychiatrique par le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a eu lieu le 26 septembre 2011 au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Dans son rapport du 21 novembre 2011, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur celle-ci une dysthymie (F34.1), estimant que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité.

Le Dr K. _____ du SMR a estimé par avis du 1^{er} décembre 2011 que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 10 %.

Le 2 février 2012, l'OAI s'est adressé en ces termes à l'assurée :

« Nous nous référons à votre correspondance du 4 mai 2011 par laquelle vous contestez notre projet d'acceptation de rente limitée dans le temps du 17 mars 2011.

Nous avons donc complété l'instruction médicale de votre dossier, notamment par une expertise psychiatrique en date du 26 septembre 2011, dont vous trouverez le rapport ci-joint.

Comme vous pourrez le constater à la lecture de ce document, du point de vue médical, il est constaté une évolution favorable grâce au traitement psychiatrique entrepris et qu'actuellement, il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Dès lors et au vu de ce qui précède, nous maintenons nos conclusions. Vous recevrez donc, prochainement une décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours. »

Le même jour, l'OAI s'est adressé à la Caisse AVS 022.1, en lui adressant une motivation suite à l'envoi du prononcé du 17 mars 2011, « en vue de la notification de la décision ».

Il figure au dossier une copie du courrier de l'OAI du 2 février 2012, avec le sceau « agence communale d'assurances sociales Lausanne » du 7 février 2012, ainsi qu'un document intitulé « Note », scanné le 10 février 2012, portant la mention « TeleZas3 », résumant les annonces des dates d'établissement, d'ouverture et de clôture des « CI » de l'assurée.

Le dossier ne comprend aucune décision.

B. L'assurée a déposé le 5 septembre 2016 une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant une aggravation de son état en raison notamment de lombalgies invalidantes.

Le 6 septembre 2016, l'OAI l'a invitée à rendre plausible la modification de son état dans un délai de trente jours.

Le 27 septembre 2016, la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI qu'elle avait encouragé sa patiente à solliciter un réexamen du droit aux prestations, compte tenu d'une nette aggravation de ses lombalgies. La Dresse V._____ a joint à son envoi un rapport de la Dresse D._____ du 30 mai 2016, selon lequel l'assurée souffrait de lombalgies chroniques sévères et invalidantes, relevant qu'une nouvelle demande [de prestations AI] lui paraissait pertinente et qu'elle soutenait l'assurée dans cette démarche.

Par avis du 9 janvier 2017, la Dresse Z._____ du SMR a estimé que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas les conclusions antérieures et que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

Par projet de décision du 12 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle

demande, en notant en particulier que sa précédente demande avait fait l'objet d'une décision « le 11 juillet 2011 ».

Le 21 janvier 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 12 janvier 2017, et a produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un rapport d'IRM lombaire du 4 février 2015 du Dr M._____, spécialiste en radiologie, un rapport 13 mai 2015 du Prof. B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport d'ergothérapeute du 30 novembre 2016 ainsi qu'un rapport du 7 décembre 2016 de la Dresse D._____.

Le 13 février 2017, la Dresse Z._____ du SMR a estimé que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas les conclusions antérieures.

Par décision du 21 février 2017, l'OAI a confirmé son « refus d'entrer en matière », avec la motivation suivante :

« Votre précédente demande de prestations a fait l'objet d'une décision le 11 juillet 2011. 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. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. »

L'OAI a joint un courrier du même jour, dans lequel il a expliqué que les nouvelles pièces médicales n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de sa précédente décision du 11 juillet 2011.

C. Par acte de son conseil, Me Olivier Carré, du 24 mars 2017, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, et à ce que l'intimé entre en matière sur sa nouvelle demande. En substance, elle a fait valoir que son état s'était péjoré aux plans somatique et psychiatrique, ce qui justifiait une entrée en matière.

Dans sa réponse du 9 mai 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, estimant que la recourante n'avait pas produit en phase administrative d'éléments médicaux propres à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures postérieures.

La recourante a notamment produit le 16 août 2017 un rapport du 30 mai 2017 de la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'une expertise privée du 6 juin 2017 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. 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. 2 et 3 RAI ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 412 consid. 2b ; 117 V 200 consid. 4b et les références citées).

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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b). Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de prestations avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

En outre, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

Quant au principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références citées), il ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3. Selon l'intitulé de la décision, le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

Or en l'espèce, aucune décision n'a été rendue en bonne et due forme dans le cadre de la procédure initiale de demande de prestations. S'il est exact qu'une décision est bien intervenue le 11 juillet 2011, il n'en demeure pas moins que celle-ci a été rendue de façon prématurée. En juillet 2011, l'OAI n'avait en effet pas terminé l'instruction de la demande. Il est ainsi constant qu'à la suite de la « décision » du 11 juillet 2011, l'OAI a encore estimé qu'il convenait de mettre en œuvre un examen psychiatrique auprès du SMR, lequel a eu lieu le 26 septembre 2011 et a donné lieu à un rapport du 21 novembre 2011, puis à un avis SMR du 1^{er} décembre 2011. L'OAI n'en disconvient pas, puisque le 2 février 2012, il a fait savoir à la recourante qu'il entendait maintenir ses conclusions (rente limitée dans le temps), et qu'elle recevrait « prochainement » une décision conforme à son préavis du 17 mars 2011. Le 2 février 2012, l'OAI s'est du reste adressé à la caisse de compensation compétente en lui transmettant la motivation suite à l'envoi du prononcé du 17 mars 2011 « en vue de la notification de la décision ». La caisse de compensation a au demeurant bien reçu l'envoi de l'OAI du 2 février 2012, dans la mesure où il en figure une copie au dossier, portant le sceau de l'agence communale d'assurances sociales de Lausanne et la date du 7 février 2012. Aucune décision formelle n'a pourtant été notifiée.

Pour qu'une décision de refus d'entrer en matière puisse être rendue, encore faut-il qu'une décision ait statué formellement sur le droit aux prestations, et soit entrée en force. En l'occurrence toutefois, aucune décision n'a été adressée à la recourante à la suite de l'envoi de l'OAI du 2 février 2012 à la caisse de compensation compétente.

Il résulte de ce qui précède qu'en l'absence de décision entrée en force sur le droit aux prestations, l'OAI n'était pas fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que l'assurée n'aurait pas rendu plausible une aggravation de son état. En pareilles circonstances, il convient dès lors de considérer que l'OAI aurait dû traiter la nouvelle demande de l'assurée comme une première demande, et procéder à toutes les mesures d'instruction qu'impose une première demande, en ce qu'elle implique en particulier d'interroger les médecins

traitants de l'assurée, respectivement de mettre en œuvre toute autre mesure utile (cf. art. 43 LPGA).

Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée, et de renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il considère la nouvelle demande de la recourante comme une première demande, ce qui, de facto, revient à ce qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 5 septembre 2016.

4. a) Le recours doit ainsi être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction puis nouvelle décision.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient de fixer, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, à 2'750 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 21 février 2017 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction et nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 2'750 fr. (deux mille sept cent cinquante francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour X. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :