

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par AXA-ARAG Protection juridique SA, à Winterthur,

et

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

Art. 40 al. 3 LPG

E n f a i t :

A. a) D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, a suivi un apprentissage de peintre en automobile et travaillé auprès de différents carrossiers. Il a également été employé en tant que poseur en menuiserie et manœuvre.

Le 23 juillet 2009, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canon de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) à la suite d'un traumatisme crânien survenu le 12 janvier 2009. L'assuré avait heurté sa tête contre une poutre en béton en se relevant dans un espace confiné. L'assureur-accidents a servi des prestations du 15 janvier au 6 juillet 2009.

Par décision du 21 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. La motivation de la décision avait la teneur suivante :

« Les nombreuses investigations médicales entreprises - et notamment bilan neuropsychologique, électro-encéphalogramme, CT-Scan, IRM - montrent des résultats parfaitement dans la norme sur le plan somatique. Il est même relevé par les différents spécialistes la totale discordance entre vos plaintes et le caractère particulièrement modeste de l'incident du 12 janvier.

Selon les médecins consultés, les difficultés d'apprentissage, problèmes de concentration et fatigabilité que vous avez rencontrés ne sont pas non plus dus à une pathologie d'ordre psychiatrique. Aucun élément médical ne permet d'objectiver une atteinte à la santé psychique avérée, qui puisse être à l'origine de ces troubles et justifier une quelconque incapacité de travail. Vous ne bénéficiez d'ailleurs d'aucun suivi.

Nous constatons que vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Dès lors, notre intervention ne se justifie pas, car rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail, et ce depuis toujours et dans toute activité. »

b) L'assuré, par l'intermédiaire de son assureur perte de gain maladie, a déposé une deuxième demande de prestations le 15 juillet 2013, invoquant une incapacité de travail entre 50 et 100 % à partir du 4 avril 2012. Il travaillait en tant que poseur en menuiserie à un taux de

60 à 80 % depuis juillet 2011. Il a renvoyé à son ancien dossier médical s'agissant de l'atteinte à la santé.

Selon un rapport daté du 9 septembre 2013 et réceptionné par l'OAI le 13 décembre 2013, le Dr C._____, médecin traitant de l'assuré et médecin praticien, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics incapacitants d'accident de la voie publique [*sic*] en janvier 2009 avec trouble cognitif secondaire, fatigue sévère, trouble dépressif chronique ; d'instabilité émotionnelle de longue date, avec tendance à la dépression (depuis plus de dix ans) et de fatigue chronique multifactorielle. Selon le Dr C._____, le pronostic était défavorable en raison d'un terrain chronique et la stabilité psychique était déjà altérée avant l'accident avec une péjoration importante après l'accident. Le traitement se composait de vitamines et d'un soutien psychique. Le Dr C._____ a relevé que depuis son accident, l'assuré était devenu complètement inapte à la vie professionnelle actuelle et qu'auparavant, il avait toujours travaillé plus ou moins normalement, bien que d'un naturel fatigué. Ce médecin a mentionné à titre de restrictions une fatigue, une dépression et une incapacité à gérer un stress léger, restrictions qui se manifestaient au travail par notamment de la somnolence, de la fatigue, de l'irritabilité, de la nervosité et de l'inconstance. L'activité exercée était encore exigible à 50 % avec une diminution de rendement de 70 %. Une activité adaptée de 4-5 heures par jour était possible. Une amélioration de la capacité de travail à 80 % était également possible à l'essai dès le début du mois décembre.

Dans un avis du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux qui permettaient de s'écarter de la décision du 21 mai 2010.

Par décision du 5 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a relevé qu'à la suite des investigations médicales entreprises, aucun élément nouveau ne permettait de modifier la précédente appréciation. L'assuré n'avait pas rendu plausible une

modification de son degré d'invalidité. La réduction de sa capacité de travail n'était pas justifiée par des limitations fonctionnelles objectivables.

c) En date du 29 août 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une incapacité de gain totale dès le 27 août 2015 et en renvoyant à ses anciens dossiers s'agissant de l'atteinte à la santé. Il a également indiqué travailler à 10 % comme « conseiller [...] » depuis le 1^{er} juin 2017. Il avait précédemment été employé dans un établissement médico-social en tant qu'auxiliaire de santé à 60 %, sans toutefois détenir un certificat de capacité fédérale dans cette profession.

Par courrier du 30 août 2017, l'OAI a requis la production, dans un délai de trente jours, d'un rapport médical détaillé sur l'état de santé de l'assuré ou de tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Cet envoi indiquait également ce qui suit :

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

Faute de réponse de l'assuré, l'OAI l'a informé, dans un projet de décision du 13 octobre 2017, qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande en l'absence de modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

L'assuré a ensuite fait parvenir différentes lettres à l'OAI demandant des prolongations de délai pour transmettre des documents médicaux.

Par courrier du 8 janvier 2018, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 15 février 2018 pour faire parvenir ses éventuelles contestations. Cet envoi, comme la précédente lettre du 13 novembre 2017, mentionnait expressément les mêmes mises en garde que l'envoi du 30 août 2017 concernant l'absence de réponse ou d'éléments nouveaux.

Dans une correspondance du 21 janvier 2018, l'assuré a notamment informé l'OAI que son médecin traitant travaillait sur son dossier. Il a demandé que l'OAI patiente jusqu'à l'obtention de nouvelles avant de se prononcer sur la demande.

Faute de production de documents utiles concernant l'état de santé de l'assuré, l'OAI a confirmé, par décision du 11 avril 2018, la décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande.

B. Par acte du 14 mai 2018, D._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il instruisse la demande de prestations. L'assuré a également conclu à l'octroi d'un délai raisonnable, afin qu'il puisse produire un rapport médical complet contenant les éléments utiles demandés par l'OAI. En substance, il lui a reproché de ne pas avoir fixé un ultime délai pour produire le rapport attendu. A l'appui de son recours, l'assuré a transmis un rapport du 17 avril 2018 du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant que le suivi avait débuté le 6 décembre 2017 pour des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail durable et que l'assuré était en cours d'investigation pour ses capacités cognitives, avec un examen neuropsychologique approfondi (quatre séances au mois de mai). Le Dr S._____ ne pouvait donc se déterminer sur le diagnostic, pronostic et capacité de travail de l'assuré avant de recevoir le résultat de cet examen. Il espérait pouvoir fournir un rapport complet pour la fin du mois de juin.

Dans sa réponse du 5 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a rappelé les délais impartis à l'assuré pour transmettre un rapport médical rendant plausible la modification de son état de santé. Aucun document n'avait toutefois été reçu à huit mois du dépôt de la demande de prestations, raison pour laquelle l'OAI avait statué.

Répliquant le 25 octobre 2018, l'assuré a transmis le rapport du 5 octobre 2018 du Dr S._____, qui justifiait la révision de la situation selon lui. Ce médecin a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation, troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, en précisant que les premiers troubles étaient anciens et qu'ils précédaient l'accident de 2009, alors que les seconds étaient liés à l'accident. Le Dr S._____ a ajouté que l'assuré devait faire l'effort de démontrer son intérêt pour reprendre une activité professionnelle adaptée accompagnée à un taux initial de 50 %.

Par courrier du 15 novembre 2018, l'OAI a rappelé que dans le contexte du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, la légalité de la décision de refus d'entrer en matière s'examinait en fonction des pièces médicales produites dans le cadre de la procédure administrative. Le rapport du 5 octobre 2018 du Dr S._____ n'était dès lors d'aucun secours à l'assuré.

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. En l'occurrence, est litigieux le refus d'entrée en matière prononcé le 11 avril 2018 par l'intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 août 2017.

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 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'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).

d) Dans le cas d'espèce, le recourant invoque en premier lieu une question procédurale à l'appui de son recours, soit que l'intimé ne lui a pas imparti un ultime délai pour produire les pièces manquantes annoncées dans ses différents envois. Il convient à titre liminaire d'examiner ce grief.

4. Conformément à l'art. 40 al. 3 LPGA, le délai fixé par l'autorité peut être prolongé par cette dernière si la personne assurée en fait la demande avant son expiration et invoque à l'appui de sa requête des motifs pertinents (ATF 143 V 249 consid. 6.4). Dès lors que l'assuré se manifeste avant l'expiration du délai en laissant entendre qu'il souhaite encore apporter des éléments à son dossier ou qu'il n'a pas eu le temps de faire ce qui lui était demandé, il faut admettre que la requête a été présentée. Par ailleurs, l'assuré doit invoquer des « motifs pertinents ». D'une manière générale, la pratique des assureurs sociaux, validée par le Tribunal fédéral, est très large sur ce point (par exemple TF I 629/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.3). De ce fait, l'assuré, respectivement son conseil, peut, sous réserve d'abus de droit, considérer que sa requête sera admise. Si l'assureur social devait néanmoins refuser la requête, la protection de la bonne foi commande que l'assuré se voit impartir un très bref délai pour s'acquitter de ses obligations (Anne-Sylvie Dupont *in* Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°17 *ad* art. 40 LPGA).

5. **a)** On constate en l'espèce que l'intimé a requis, par courrier du 30 août 2017, la production de toute pièce utile pour l'examen de la

nouvelle demande du recourant et l'a informé des conditions d'une telle demande, notamment s'agissant du fardeau de la preuve et de ses conséquences. En l'absence de nouvelles, l'intimé a rendu un projet de décision le 13 octobre 2017. Le recourant a cette fois réagi, en demandant des prolongations de délai, en dernier lieu le 21 janvier 2018. Dans cet envoi, il a notamment informé l'OAI que son médecin traitant travaillait sur son dossier. Il a donc implicitement requis un nouveau délai pour produire le rapport qui allait être rédigé.

Or, l'intimé a statué sur le fond du dossier, en rendant une décision de non-entrée en matière, sans répondre à la demande de prolongation de délai du recourant. Celle-ci avait pourtant été formulée en temps utile, soit avant le dernier jour fixé par l'intimé au 15 février 2018 (courrier du 8 janvier 2018). Le recourant invoque en outre des motifs pertinents, soit la production d'un rapport médical en cours de préparation par son médecin traitant. Au vu des développements qui précèdent et de la jurisprudence en la matière (consid. 3b *supra*), la manière de procéder de l'intimé contrevient au principe de la bonne foi. Il devait soit octroyer un nouveau délai au recourant, soit l'informer que sa demande de prolongation était refusée et lui impartir un très bref délai pour s'acquitter de ses obligations. L'intimé ne pouvait ainsi, sans priver le recourant de faire valoir ses droits, et donc sans verser dans l'arbitraire, rendre la décision sur le fond, sans préalablement statuer formellement sur la demande de prolongation encore pendante.

b) Partant, l'intimé ne pouvait se dispenser de statuer en l'état du dossier. Il convient de lui renvoyer la cause afin qu'il procède à l'examen de la demande, respectivement des pièces produites à l'appui de celle-ci.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 11 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour nouvelle décision.

- III.** 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.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- AXA-ARAG Protection juridique SA (pour D. _____),
- 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 :