

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2009

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mmes   Moyard et Rossier  
Greffier       :       Mme    Rouiller

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Payerne, recourante,

et

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

---

**Art. 17 al.1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2002, W.\_\_\_\_\_, née en 1973, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Dans un rapport médical du 12 août 2002, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste F.M.H. en médecine interne, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'hépatopathie chronique non active C et d'anémie hypochrome sidéropénique. Il a indiqué qu'il n'avait pas de raison médicale physique à une incapacité de travail.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ du Centre psycho-social, à Payerne, a constaté, le 24 septembre 2002, une dépendance aux opiacés et aux benzodizépines, ainsi qu'une personnalité borderline avec traits immatures, faux-self, dépendants et évitants ainsi qu'une hépatite B et C chronique. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Dans un rapport d'examen du 18 juillet 2003, [...] a noté que l'assurée ne souffrait pas d'une atteinte au sens de l'AI et que sa toxicomanie primaire - au demeurant non du ressort de l'AI - altérerait sa capacité de travail. Au surplus, il a précisé ce qui suit :

(...) Après des difficultés relationnelles rencontrées au niveau scolaire, cette assurée commence un apprentissage de coiffeuse, auquel elle échoue, en raison d'une toxicomanie. Les bilans effectués, notamment celui du Dr V.\_\_\_\_\_ en août 2002, concluent qu'il n'existe pas de raison médicale physique pouvant justifier une incapacité de travail. Dans ces conditions, on peut dire que l'on est en présence d'une toxicomanie primaire et qu'en l'absence de toxicomanie, la capacité de travail de cette assurée serait certainement entière (...).

Par décision du 29 juillet 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande dès lors que l'intéressée ne souffrait d'aucune atteinte invalidante selon les pièces médicales.

**B.** L'assurée a déposé une deuxième demande le 11 mars 2004.

Le 23 mars 2004, l'OAI a invité l'assurée à lui adresser un certificat médical attestant une aggravation de son état de santé, décrivant ladite aggravation en précisant la date et l'informant qu'à défaut, il ne pourrait pas entrer en matière sur sa demande.

L'assurée n'ayant pas réagi, l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 14 mai 2004.

**C.** Le 23 janvier 2009, l'assurée a déposé une troisième demande de rente. Elle a produit une attestation médicale du 11 décembre 2007 signée du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel indique que l'assurée a été inapte à travailler à 100% pendant toute l'année 2007 et pour une durée indéterminée. Elle a produit également un certificat médical établi le 16 octobre 2008 par la Dresse L.\_\_\_\_\_ qui indique, sans autre explication, que l'assurée est au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% de longue durée.

Le 2 février 2009, l'OAI s'est adressé à son assurée en ces termes :

Nous accusons réception de votre demande de révision du 23.01.2009 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des articles 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités, que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour :

**1.** Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres:

- Le diagnostic
- La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue

- Le nouveau degré de votre incapacité de travail
  - Le pronostic et d'autres renseignements utiles
2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple : modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

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 votre degré d'invalidité et une décision de non entrée en matière vous sera notifiée.

A la demande de l'assurée le 27 février 2009, le délai initialement imparti a été prolongé par l'OAI au 31 mars 2009.

L'assurée n'ayant pas réagi, l'OAI a, par projet de décision du 16 avril 2009, informé celle-ci de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

Il a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 8 juin 2009.

**D.** Le 16 juin 2009, W. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, dès lors qu'à son avis, son dossier a été traité à la "vas-vite".

Le 27 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en mettant en évidence comme suit ses motifs :

Nous avons pris connaissance avec intérêt du recours déposé le 16 juin 2009 par W. \_\_\_\_\_ contre notre décision de refus d'entrer en matière du 8 juin 2009.

En l'état du dossier, nous vous informons que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause notre position.

En effet, il est à relever que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 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 130V 64 consid. 5.2.3).

Ainsi, 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'entrer en matière (ATF 109 V 108 consid. 2b).

En l'occurrence, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 23 janvier 2009. Par pli du 2 février 2009, nous avons imparti un délai de 30 jours à l'intéressée pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Elle a par ailleurs été avertie qu'à défaut d'une décision de refus d'entrer en matière elle serait notifiée.

La recourante n'a toutefois pas donné suite à notre courrier précité. Dès lors, nous estimons que c'est à bon droit que nous avons refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et préavisons pour le rejet du recours.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer (...).

## **E n d r o i t :**

**1.** Interjeté le 16 juin 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**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 (ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Dans le cas présent, il y a lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante.

**4. a)** L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1).

**b)** Ainsi, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [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 l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64, p. 68, consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 (TFA F. du 8 janvier 2007, dans la cause I 597/05).

L'examen d'une nouvelle demande doit se faire aux conditions de la révision, mais la comparaison portant notamment sur l'état de santé de l'assuré doit se faire sur la base de la situation existant lors du dernier examen matériel de la situation (TFA du 16 octobre 2003 - 130 V 64, op. cit. - cause I 249/01 ; TFA du 1<sup>er</sup> décembre 2003 - 130 V 71 - cause I 465/03).

**c)** Ensuite, pour qu'il y ait motif de révision, il faut une modification de l'état de santé ou une autre modification qui influence le degré d'invalidité et le droit à la rente (cf. Valterio - Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, p. 268 et les références). Cette modification peut consister en une amélioration ou une aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, une

augmentation ou une baisse notable du revenu du travail, une modification de la capacité de travail spécifique ou de nouvelles possibilités de réadaptation. Il faut un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, en particulier une modification sensible de l'état de santé (ATF 125 V 369; 113 V 273). Le texte allemand parle de "jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen".

**d)** Une révision n'est admissible que si une modification, notable, de la situation effective s'est produite depuis qu'a été rendue la décision primitive et si cette modification influence le degré d'invalidité, donc aussi le droit à la rente ; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (RCC 1987 p. 36).

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente - quand bien même elle aurait pris effet rétroactivement - et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision, également dans le cas où celle-ci prend effet rétroactivement (cf. Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité, thèse, Lausanne 1985, pp. 69ss.; ATF 112 V 371; ATF 109 V 262). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, mais aussi lorsque cet état est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 113 V 273 consid. 1a). L'AI connaissant un système de rentes échelonné, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (cf. TASS VD, M. R.-S. du 9 février 1995 [AI 42/1995]). Dans ce type de procédure, il appartient au recourant de rendre vraisemblable l'aggravation alléguée, en dérogation aux règles habituellement applicables en matière d'établissement des faits (TF, arrêt du 8 janvier 2007 (I 597/05); ATF 130 V 64).

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, arrêt du 8 janvier 2007 (I 597/05) op. cit.).

**5.** En l'espèce, la recourante a uniquement produit en procédure administrative deux certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de longue durée sans autres précisions. De telles attestations ne permettent pas de savoir si l'aggravation alléguée est plausible.

Invitée par l'OAI à produire un rapport médical détaillé précisant notamment le diagnostic, la description de l'aggravation de son 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, ainsi que le pronostic, la recourante n'a rien produit. Elle n'a donc pas rendu plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**7.** Il n'est pas perçu de frais, dès lors que la question est limitée à l'entrée en matière ou non sur la nouvelle demande (art. 50 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté

**II.** La décision attaquée est confirmée.

**III.** Le présent arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- W. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :