

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Pittet et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Vanessa Chambour, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1974, a déposé le 3 novembre 2000 une demande de prestations AI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a traité cette demande et requis des renseignements médicaux, notamment de la part de la Dresse Z. _____, généraliste et médecin traitant. Celle-ci a indiqué, dans un rapport du 8 juin 2001, que l'assurée présentait un handicap au niveau du membre supérieur droit, avec séquelle définitive suite à une fracture subie en 1982 en Equateur (chute d'un arbre); cette fracture n'ayant pas été bien soignée, cela a entraîné un déficit sensitivo-moteur majeur au niveau de l'avant-bras et de la main.

Le 15 août 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en considérant en substance que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée - en l'occurrence, une activité de comptable, l'assurée ayant pu suivre une formation de ce type dans son pays d'origine.

L'assurée a recouru contre cette décision de refus. Le Tribunal des assurances a rejeté le recours par un jugement rendu le 21 juin 2002 (arrêt TASS AI 360/01 - 205/2002). Il a considéré en substance que l'assurée n'était pas invalide au sens du droit fédéral et qu'elle n'avait par conséquent droit ni à une rente ni à des mesures professionnelles. Ce jugement est entré en force.

B. Le 9 juin 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI (rente). Elle a invoqué, comme atteinte à la santé, les séquelles de l'accident subi en 1982. Elle a indiqué qu'elle était femme au foyer et qu'elle avait en outre travaillé brièvement à la poste, à temps partiel. Elle a précisé que la Dresse Z. _____ était son médecin traitant.

Le 14 juin 2010, l'OAI a accusé réception de cette demande, traitée comme une nouvelle demande ou demande de révision au sens de

l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) et des art. 87 ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2012, RS 831.201). Il a fixé à l'assurée un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé (diagnostic, description de l'aggravation de l'état de santé, indications sur le nouveau degré d'incapacité de travail, pronostic) ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Il a précisé que sans nouvelles de l'assurée dans ce délai, il refuserait d'entrer en matière parce que la modification du degré d'invalidité n'aurait pas été rendue plausible.

A la suite de cette lettre, le secrétariat de la Dresse Z. _____ a demandé que le délai pour le dépôt d'un rapport médical soit reporté à la fin du mois de septembre 2010. Le 24 juin 2010, l'OAI a écrit à la Dresse Z. _____ en constatant d'abord qu'elle ne prétendait pas que l'état de santé de l'assurée s'était modifié; elle lui a fixé un délai au 7 septembre 2010 pour fournir des renseignements, en l'avertissant qu'à défaut une décision de non-entrée en matière serait rendue.

Ni l'assurée ni son médecin n'ont donné suite à cette lettre.

Le 2 décembre 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, faisant suite au rejet de la précédente demande de prestations, par décision du 15 août 2001.

L'assurée n'a pas formulé de remarques ni objections.

Le 1^{er} février 2011, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

C. Le 22 février 2011, la Dresse Z. _____ a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal une écriture intitulée "justificatif d'une nouvelle demande concernant l'octroi d'une rente AI". Ce document contient des indications sur les atteintes à la santé dont souffre

l'assurée. Il a été enregistré comme un recours contre la décision de l'OAI du 1^{er} février 2011.

Ensuite, l'assurée a déposé une demande d'assistance judiciaire. Le 6 octobre 2011, le juge instructeur lui a accordé l'assistance judiciaire, en lui désignant Me Vanessa Chambour comme avocat d'office. Cette dernière a obtenu la possibilité de déposer un mémoire de recours motivé.

Aux termes de ce mémoire, du 15 décembre 2011, D. _____ conclut à la réforme de la décision de l'OAI du 1^{er} février 2011 en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations AI, et qu'il est constaté qu'elle a droit à ces prestations. A titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision, le cas échéant après avoir ordonné une expertise médicale afin d'établir en particulier son incapacité de gain et son invalidité.

D. Dans sa réponse du 30 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours. Par ailleurs, comme la recourante avait produit, avec son mémoire completif du 15 décembre 2011, trois nouveaux rapports médicaux (de la Dresse Z. _____, du 21 novembre 2011; du Dr G. _____, spécialiste de la colonne vertébrale, du 12 décembre 2011; du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, du 8 septembre 2010), l'OAI a ajouté ce qui suit :

"A toutes fins utiles, nous vous informons que nous allons examiner les renseignements médicaux produits, pour voir si les éléments amenés sont de nature à rendre plausible une aggravation significative de la situation depuis 2001. Si tel devait être le cas, nous inviterions notre assurée à déposer une nouvelle demande, ce qui permettra, le cas échéant, de procéder aux investigations nécessaires".

E. Le 15 mars 2012, la recourante a adressé à la Cour des assurances sociales ses déterminations sur la réponse de l'OAI du 30 janvier 2012. Elle estime que l'autorité intimée pouvait faire l'examen des

renseignements médicaux produits avec le mémoire completif du 15 décembre 2011 dans le délai imparti pour le dépôt de la réponse (art. 83 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), et rendre une nouvelle décision, en lieu et place de déterminations, elle se prévaut de l'économie de la procédure.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA), selon les formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA). Il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La recourante critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations parce que, en substance, les conditions de fait se seraient modifiées de manière essentielle depuis le jugement du Tribunal des assurances du 21 juin 2002; elle affirme en effet souffrir actuellement de douleurs physiques qui ont aggravé son problème fonctionnel, et elle se trouverait actuellement dans un état dépressif aggravé.

a) Après l'entrée en force d'une première décision formelle de refus de prestations AI, rendue par l'OAI le 15 août 2001 et confirmée par la juridiction cantonale le 21 juin 2002, la recourante a présenté une nouvelle demande de prestations, qui mentionne sans plus de précisions l'atteinte à la santé existant déjà auparavant. L'OAI était tenu d'appliquer

la réglementation de l'art. 87 RAI. Selon les alinéas 3 et 4 de cette disposition, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant – c'était le sens de la décision du 15 août 2001 –, la nouvelle demande ne peut être examinée que si son auteur établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré critique ce refus, le juge doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière. C'est, en l'occurrence, le seul point à traiter dans le présent arrêt.

En revanche, lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas dans la présente espèce, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière.

Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches (ou celles de son médecin) à partir du mois de juin 2010, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision de refus de prestations de 2001, confirmée en 2002 par le Tribunal des assurances. Or la recourante n'a fourni aucun renseignement médical. Alors qu'elle était suivie par un médecin qui a pris contact avec l'OAI, elle n'a remis aucun rapport médical avant la décision attaquée. Il est manifeste que le délai d'environ 80 jours, fixé par l'OAI pour produire un tel rapport, propre à rendre plausible une aggravation, est un délai approprié (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5) car rien n'empêchait la recourante

de prendre contact avec son médecin traitant et de l'inviter à rédiger rapidement un rapport circonstancié.

Les certificats médicaux établis ou produits postérieurement à la décision présentement attaquée n'ont pas à être pris en considération, puisqu'ils n'ont pas été soumis à l'OAI dans le cadre prévu à l'art. 87 RAI. Sur la base des pièces qui lui avaient été remises avant le 1^{er} février 2011, à savoir une simple note du secrétariat du médecin traitant dépourvue de toute indication propre à rendre plausible une aggravation de l'état de santé, l'OAI devait refuser d'entrer en matière sans examiner plus avant la situation de la recourante.

Dans cette mesure, il n'appartient pas non plus à la Cour de céans, sous l'angle de l'économie de la procédure, d'entrer en matière alors que les conditions du droit fédéral posées à l'art. 87 RAI n'étaient pas remplies au moment déterminant. A fortiori n'y a-t-il pas lieu d'ordonner à ce stade une expertise médicale judiciaire puisque la seule question à résoudre est celle de la légalité du refus d'entrer en matière.

b) Dans ces conditions, les griefs de la recourante apparaissent manifestement mal fondés. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de non-entrée en matière.

3. Il faut simplement prendre acte ici de ce que l'OAI s'engage à examiner les nouveaux rapports médicaux produits par la recourante et, le cas échéant, à mettre en œuvre une nouvelle procédure administrative.

4. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours devant le Tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être

fixée; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, il y a lieu de relever ce qui suit: le conseil d'office a produit une liste de ses opérations représentant 11,16 heures de travail, effectuées en 2011. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, par 73 fr., et la TVA, ce qui représente un montant total de 2'247 fr. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 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 rendue le 1^{er} février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Vanessa Chambour, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'247 fr. (deux mille deux cent quarante-sept francs), TVA comprise.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Vanessa Chambour, avocate (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :