

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 octobre 2016

Composition : Mme THALMANN, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; 43 al. 3 LPGA ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme ouvrier du bâtiment. Souffrant en particulier de lombalgies, il a cessé toute activité en 2003.

Par décision du 19 janvier 2006, confirmée sur opposition le 27 juin 2006, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] a rejeté une première demande de prestations déposée par l'assuré le 14 juillet 2004, son taux d'invalidité étant insuffisant.

Par décision du 30 octobre 2007, cet Office a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 5 septembre 2007, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.

G. _____ a déposé une troisième demande de prestations le 17 juin 2008, laquelle a été rejetée par décision du 6 octobre 2009, le taux d'invalidité de 33.57% dans une activité adaptée ne donnant pas droit à une rente. Un recours interjeté devant la Cour des assurances sociales du canton de [...] a été déclaré irrecevable par arrêt du 9 juillet 2010.

A la suite d'une quatrième demande déposée le 12 juillet 2010 par le Dr A. _____, chef de clinique adjoint auprès du Centre de soins hospitaliers de [...], l'OAI [...], se fondant sur l'expertise du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'il avait ordonnée, a considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé et, par décision du 5 août 2011, a nié le droit de ce dernier à une rente. Cette décision a été confirmée par arrêt rendu le 2 mai 2013 par la Cour des assurances sociales du canton de [...].

Le 4 juin 2013, l'assuré a déposé une cinquième demande produisant un rapport médical du 31 mai 2013 du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport, selon lequel le 19

décembre 2012, une gastrectomie totale et cholécystectomie ont été effectuées, les suites post-opératoires ayant été globalement simples, sans pour autant améliorer l'état général de façon significative, ni même l'hémoglobine qui était toujours abaissée à 10.4g/dl le 2 mai 2013. Ce médecin estimait que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était principalement la conséquence de l'intervention chirurgicale, mais que celle-ci avait l'ambition d'améliorer la situation médicale, à savoir les hémorragies digestives hautes récidivantes, cette perspective restant à évaluer. Il était d'avis qu'actuellement, l'assuré n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle à plein temps dans l'industrie légère. Dans son avis du 1^{er} juillet 2013, le Dr R. _____, spécialiste en anesthésiologie du SMR (Service Médical Régional) de l'assurance-invalidité a relevé que les valeurs d'hémoglobine étaient parfaitement compatibles avec une activité légère exercée à plein temps, l'intervention pratiquée étant destinée à améliorer l'état de santé du patient, notamment en supprimant la source des hémorragies digestives. Il estimait justifiée une incapacité de travail temporaire de l'ordre de trois mois, l'incapacité de travail totale attestée plus de cinq mois après la gastrectomie n'étant en revanche pas motivée. Par décision du 26 septembre 2013, l'OAI [...] a refusé d'entrer en matière.

B. Le 29 janvier 2016, l'assuré, qui a emménagé dans le canton de Vaud à [...], a déposé une sixième demande.

Par lettre du 4 février 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) lui a demandé de compléter sa demande.

Le même jour, l'OAI lui a adressé une lettre rédigée en ces termes :

"Nous accusons réception de votre demande de révision du 29.01.2016 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] et des articles 87 et suivants RAI

[règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201].

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'impotence 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.

En cas d'empêchement justifié à nous fournir les éléments demandés dans le délai imparti, un délai supplémentaire de 30 jours pourra vous être accordé sur demande."

Le 24 février 2016, l'assuré a adressé à l'OAI une demande complémentaire dans laquelle il indiquait en particulier être en incapacité de travail totale depuis le 19 mai 2003, mentionnant souffrir du dos, qu'il marchait avec des béquilles et ne pouvait pas marcher. Il indiquait aussi avoir subi l'ablation de son estomac.

Le 5 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande dès lors qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Par décision du 17 mai 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Le 23 mai 2016, l'OAI a reçu un rapport médical établi le 19 mai 2016 par le Dr L._____ et ses annexes que lui avaient adressés le recourant.

C. Par acte du 3 juin 2016, G._____ a recouru contre cette décision en expliquant que son état de santé s'était détérioré et qu'il avait manqué de temps pour fournir les éléments médicaux. Il a produit le rapport médical établi le 19 mai 2016 par le Dr L._____ et ses annexes.

Par réponse du 24 août 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours en relevant que les pièces produites ne pouvaient être prises en compte dans la présente procédure. Il a produit un avis médical établi le 3 août 2016 par le Dr H._____, spécialiste en médecine du travail et expert SIM.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] depuis le 1^{er} janvier 2012 al. 2 et 3 RAI ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 412 consid. 2b, 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. 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 p. 114). 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).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. Les pièces produites par

celui-ci à l'appui de son recours, de même que celles produites par l'OAI ne peuvent dès lors être prises en compte.

b) En procédure administrative, le recourant n'a pas produit de rapport médical lors du dépôt de la demande. Dans sa lettre du 4 février 2016, l'OAI lui a imparti un délai de trente jours pour produire un rapport médical détaillé en l'avertissant que sans nouvelles de sa part, la modification de son degré d'invalidité ne serait pas considérée comme plausible et qu'une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. Or le recourant n'a pas réagi dans ce délai, ni par la suite dans le délai qui lui était imparti pour faire valoir ses objections éventuelles à la suite du projet de décision du 5 avril 2016.

Dans ces conditions, l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

3. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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 de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par le recourant qui succombe.

b) Le recourant ne peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause au final et sans avoir eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- G._____,
- 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).

Le greffier :