

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Charles Soumah,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI ; 43 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, travaillait comme employée dans la restauration rapide à 50 % et s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 8 mai 2011. Faisant suite à l'annonce de détection précoce faite par son assureur perte de gain le 10 août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 octobre 2011, dans laquelle elle s'est plainte de douleurs aux talons ainsi qu'au bas du dos, de diabète et d'une atteinte à la thyroïde.

Lors de son entretien à l'OAI le 21 septembre 2011 et par courrier du 26 octobre 2011, l'assurée a indiqué que dans la mesure où ses trois enfants étaient de plus en plus autonomes, elle travaillerait désormais à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé, par nécessité financière.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par son employeur pour le 29 février 2012.

Dans un rapport médical du 14 novembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de talalgies plantaires rebelles depuis 2007 et a également constaté un diabète de type II, sans effet sur la capacité de travail. Il précisait que les constatations cliniques expliquaient mal l'évolution, qui allait vers des douleurs assez généralisées peu spécifiques. L'assurée était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide de cuisine, mais pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée, sans station debout prolongée ni port de charges supérieures à 10 kg et permettant une alternance des positions. L'activité adaptée ne devait par ailleurs exiger qu'occasionnellement de devoir travailler en marchant, accroupi, à genoux et de monter des escaliers, sur une échelle ou un échafaudage. La

capacité de compréhension et d'adaptation de l'assurée était limitée en raison de son manque de maîtrise de la langue française.

Le Dr P. _____ a par ailleurs transmis à l'OAI les documents médicaux suivants :

- un rapport établi le 11 avril 2011, dans lequel il mentionnait que l'assurée souffrait également de lombo-fessalgies persistantes à prédominance gauche, qui s'étaient améliorées à 60 % par la prise d'AINS ; le tableau clinique était tout à fait compatible avec une spondylarthropathie ;
- un rapport médical du 10 novembre 2011 dans lequel il a diagnostiqué des douleurs des membres d'origine indéterminée évoquant plutôt un syndrome fibromyalgique, tandis qu'une polyneuropathie sur Rimifon (antituberculeux) et une carence en vitamine B12 n'étaient pas exclues.

Dans un rapport d'examen du 30 janvier 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu que les talalgies plantaires dont souffrait l'assurée avaient entraîné une totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 8 mai 2011, mais que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % depuis le 7 novembre 2011, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Le SMR retenait comme limitations fonctionnelles la station debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la position accroupie et à genoux, le fait de monter les escaliers, sur une échelle ou un échafaudage ainsi que le port de charges de 5 à 10 kg.

Par communication du 13 février 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit au placement.

Par projet de décision du 13 février 2012 puis par décision du 26 mars 2012, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif que le revenu d'invalidité auquel elle pouvait raisonnablement prétendre était aussi élevé que celui qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé. L'OAI a considéré que l'assurée conservait

une pleine capacité de travail depuis le 7 novembre 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles qu'énumérées par le SMR. Elle pouvait ainsi exercer des activités industrielles légères, comme ouvrière en usine de production ou au contrôle de qualité. Se référant aux données statistiques, l'OAI a constaté que le revenu annuel auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) se montait, pour une semaine de travail de 41,6 heures, à 52'728 fr. en 2010 et à 53'429 fr. en 2011, après adaptation à l'évolution des salaires nominaux (+ 1,33 %). Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'OAI a estimé qu'un abattement de 10 % se justifiait sur ce montant. Il a ainsi retenu que le revenu avec invalidité de l'assurée était de 48'086 fr. en 2011, année d'ouverture d'un éventuel droit à la rente. Dans la mesure où le revenu sans invalidité de l'assurée n'était que de 39'664 fr. pour un plein temps, elle ne subissait aucun préjudice économique.

B. Le 17 novembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir les mêmes atteintes à la santé que lors de sa première demande. Elle a invoqué que son incapacité de travail s'était poursuivie depuis 2011 et qu'elle était suivie par les Dresses Z._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne générale, et W._____ de la [...]. Elle n'a toutefois pas étayé sa demande par des rapports médicaux.

Par courrier du 18 novembre 2016, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

A la demande de l'assurée, l'OAI a fait parvenir les pièces médicales de son dossier à la Dresse W._____ le 13 décembre 2016.

Par projet de décision du 23 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une

modification de l'état de fait depuis sa précédente demande de prestations, qui avait été rejetée par décision du 26 mars 2012. Un délai de 30 jours lui a été imparti pour faire valoir ses objections ou demander des renseignements complémentaires, délai qui est demeuré sans suite.

Par décision du 6 mars 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, reprenant les termes de son projet de décision.

C. Par acte du 4 avril 2017, F. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle a fait valoir que son état de santé s'était aggravé malgré les séances de physiothérapie, qu'elle ne pouvait pas rester debout longtemps et que ses atteintes l'handicapaient dans sa vie privée et professionnelle. Une intervention chirurgicale était prochainement prévue par la Dresse W. _____.

Dans sa réponse du 12 juin 2017, l'OAI a considéré que la recourante n'avait apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits, de sorte que la décision de refus d'entrer en matière était justifiée.

Par réplique du 7 juillet 2017, la recourante a allégué qu'elle avait subi une opération chirurgicale des jambes, que son état de santé ne faisait qu'empirer, qu'elle prenait un important traitement antidépresseur et était suivie par un psychothérapeute ainsi qu'un kinésithérapeute. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a produit des déclarations de témoins datées du 4 juillet 2017, qui attestaient qu'elle ne pourrait plus travailler en raison de son atteinte aux jambes.

Dans sa duplique du 26 juillet 2017, l'OAI a estimé que les arguments développés et les pièces produites n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (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 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 17 novembre 2016, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, 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. En revanche, la conclusion prise par la recourante dans sa réplique tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sort de l'objet de la contestation, lequel est limité à la question de l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

3. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impuissance ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Ces exigences permettent 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui

sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2).

b) 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), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (procédure qui figurait auparavant à l'art. 87 al. 3 aRAI ; 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'AI 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. 2 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] ; cf. ATF 124 II 265

consid. 4a p. 269s.). 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. 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).

4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2016, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en

procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

A cet égard, la recourante n'a produit aucuns documents médicaux ou autres à l'appui de sa demande du 17 novembre 2016, ni ensuite de l'injonction de l'OAI du 18 novembre 2016, qui auraient été révélateurs d'une quelconque modification de son état de santé ou des circonstances. Par ce courrier du 18 novembre 2016, l'OAI a expressément invité la recourante à rendre plausible une modification de sa situation en produisant un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision dans un délai de 30 jours, l'avertissant que passé ce délai et sans élément nouveau, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. Comme exposé dans la jurisprudence ci-dessus (consid. 3b), l'OAI était légitimé à agir de la sorte, en appliquant par analogie la procédure de l'art. 43 al. 3 LPGA, et n'avait pas à requérir lui-même des rapports médicaux auprès des médecins traitants de la recourante. Celle-ci n'a produit aucun document dans le délai imparti et n'a pas non plus corrigé son omission au stade du projet de décision qui lui a été envoyé le 23 janvier 2017 et lui donnait la possibilité de faire part de ses objections. En conséquence, l'OAI ne pouvait que refuser d'entrer en matière.

Enfin, au vu de la jurisprudence (cf. consid. 3b in fine), le juge ne saurait instruire d'office la cause, notamment en sollicitant les rapports médicaux censés être annexés au recours, puisque les documents produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent pas être pris en considération. Pour les mêmes motifs, il ne peut être tenu compte des témoignages écrits produits au stade du recours, lesquels sont au demeurant sans valeur probante médicale.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 6 mars 2017 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 la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. Charles Soumah (pour la recourante),
- 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 :