

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Abrecht
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Dan Bally, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 21 juillet 2005, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt dans une précédente affaire opposant M._____ à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), dont la partie "Faits" a la teneur suivante (cause I 298/04):

"A.

M._____, né en 1959, a travaillé en qualité de transporteur de lits au CHUV. Le 11 juin 1995, il a été victime d'un accident qui a provoqué une rupture du ligament croisé de genou gauche avec arrachement du plateau tibial antérieur et rupture du ligament latéral interne. Les suites de cet accident ont nécessité trois interventions chirurgicales, pratiquées par le docteur H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans un rapport médical établi en septembre 1996, un médecin de l'Hôpital de [...] a fait état d'une instabilité postérieure globale du genou gauche, un status post rupture du ligament croisé postérieur et du ligament bilatéral interne; il a attesté que le patient demeurait entièrement incapable de travailler depuis le 27 juin 1996, jour où il avait subi la troisième opération. Le 14 janvier 1997, le docteur H._____ a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (l'office AI) que le patient avait repris le travail à 50 %, mais qu'il était prématuré de prendre une décision définitive. De son côté, K._____, assureur-accidents, a confié un mandat d'expertise au docteur W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un rapport du 3 février 1997, ce médecin a indiqué que l'assuré n'était pas rétabli, que sa capacité de travail restait nulle dans son activité de transporteur de lits et qu'il devrait être recyclé dans un emploi adapté à son handicap, soit un travail assis ou semi-assis, sans port de charges.

Par décision du 7 juillet 1997, l'office AI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 1996, d'une rente entière à partir du 1^{er} septembre 1996, puis d'une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 1996. Dans une communication du 6 mars 1997, l'administration avait précisé que la révision de cette demi-rente était en cours.

L'office AI a ordonné des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, qui ont échoué (cf. rapport du centre [...] du 13 novembre 1997). Dans un rapport du 30 novembre 1998, le docteur H._____ a attesté que le genou du patient était calme et la fonction complète; à son avis, une instabilité antéro-postérieure était présente, mais elle n'était pas invalidante. Le docteur H._____ a précisé qu'il n'y avait plus de traitement à proposer et que le patient refusait de porter une orthèse. En outre, il a indiqué que la capacité de travail s'élevait désormais à 50 % au moins, voire davantage dans une activité adaptée.

A l'issue de la procédure de révision du droit à la rente, l'office AI a supprimé la demi-rente à partir du 1^{er} novembre 1999, par décision du 8 septembre 1999. A l'appui de sa décision, l'administration a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, qu'il avait volontairement interrompu les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée (sédentaire) et que la perte de gain qu'il subissait, soit 20 %, n'ouvrait pas droit à une rente.

B.

M. _____ a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant à son annulation et au versement d'une rente entière d'invalidité. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

La juridiction de recours a requis l'avis du docteur A. _____, ancien médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 10 juillet 2000, ce médecin a attesté que si la capacité de travail du patient était presque nulle dans les travaux de force, il était en revanche imaginable qu'il puisse accomplir un travail léger après réadaptation.

Les premiers juges ont également entendu le docteur F. _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV. Dans un rapport du 21 décembre 2000, ce médecin a attesté une capacité résiduelle de travail de 50 % au moins dans une activité adaptée. A l'issue d'une audience d'instruction du 11 juillet 2002, les parties ont convenu d'interpeller à nouveau le docteur F. _____. Ce dernier s'est exprimé dans une écriture complémentaire du 28 novembre 2002, où il a précisé que le rendement de l'assuré pourrait s'élever à 100 % dans un travail permettant l'alternance des postures.

Par jugement du 19 septembre 2003, la juridiction cantonale a rejeté le recours.

C.

M. _____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation, avec suite de dépens, en concluant principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité à partir du 6 octobre 1999, subsidiairement au renvoi de la cause aux premiers juges.

L'intimé conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Le dossier de K. _____ a été édité."

Sur le fond, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours, et réformé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 19 septembre 2003, respectivement la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 8 septembre 1999, en ce

sens que la suppression de la demi-rente d'invalidité prenait effet au 1^{er} janvier 2001.

B. Le 11 avril 2007, M. _____ a adressé à l'OAI un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, annonçant une aggravation s'agissant de son affection au genou gauche, traitée par le Dr A. _____.

Par courrier du 4 mai 2007, l'OAI a relevé que la demande de l'assuré ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a dès lors imparti un délai de 30 jours pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, par exemple un certificat médical décrivant et précisant la date d'une telle aggravation.

Le 14 mai 2007, l'assuré a déposé une nouvelle de demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Concernant le genre de ses atteintes à la santé, il indiquait ce qui suit:

"Rupture LCP genou G à 2 reprises = 1995 + 1996 } 3x opérations!
Instabilité douloureuse genou G"

L'intéressé précisait être suivi par le Dr A. _____ pour gonalgies, dorso-lombalgies, anxiété et diabète.

Par courrier du 1^{er} juin 2007, l'office a derechef rendu l'assuré attentif au fait qu'il n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé alléguée, et lui a imparti un nouveau délai de 30 jours pour ce faire par des moyens pertinents. Il était relevé qu'à ce défaut, une décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle requête lui serait notifiée.

Le 27 juillet 2007, le Dr A. _____ a adressé à l'office un certificat médical dont la teneur est la suivante:

"J'interviens ici au nom du patient susmentionné, afin de porter par écrit les plaintes qu'il met en avant pour sa nouvelle demande.

- Aggravation importante sur plusieurs plans depuis environ 1 an. Médicaments et physiothérapie souvent pas assez efficaces.
- Douleurs sont augmentées dans le genou G, ainsi qu'au pôle supérieur de la rotule.
- Apparition de douleurs dans le genou D (tout autour !).
- Douleurs musculaires sont persistantes dans la région cervico-scapulaire des deux côtés, avec prédominance à G.
- Blocages récidivants au niveau dorso-lombaire.
- Sommeil est très perturbé depuis novembre 2006 à cause des douleurs cervico-scapulaires et d'une forte diminution de son moral.
- Diabète insulino-requérant est devenu difficilement contrôlable.

Traitement actuel

Dafalgan 1g 2-3x/j /Mydocalm 2-3x/j /Talval onguent 2x/j
Trittico / Surmontil
Lantus 1x/j/ Actrapid 3x/j"

Dans un avis du 9 octobre 2007, le Dr V._____ du Service médical régional AI (SMR) a estimé que le certificat médical établi par le Dr A._____ *"transmet[tait] clairement seulement des plaintes subjectives de la part de l'assuré mais ne mentionn[ait] aucune aggravation de l'état de santé objectivée par des constatations faites lors d'un examen médical ou des examens complémentaires de quelque type que ce soit"*, de sorte que, *"dans l'état actuel du dossier, aucune aggravation objective ou réelle de l'état de santé ne p[ouvait] être retenue par rapport aux jugements antérieurs"*.

Le 30 mai 2008, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

L'intéressé, agissant désormais par l'intermédiaire de son conseil, s'est déterminé sur ce projet de décision par courrier du 1^{er} juillet 2008, faisant en substance valoir qu'il était impossible d'arriver à une conclusion sur son état de santé sans l'examiner, respectivement que son état semblait suffisamment éloquent pour justifier à tout le moins de plus amples investigations, et requérant dès lors que l'OAI examine de manière approfondie l'origine de l'aggravation de son état, en procédant à une instruction complémentaire comportant tout examen utile. Etait annexé un

courrier adressé le 18 mars 2008 par le Dr T._____, médecin assistant du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, à l'un de ces confrères, dont il résulte que l'assuré présentait toutes les caractéristiques d'un syndrome fémoro-patellaire droit dans le cadre d'une surcharge du membre inférieur droit (consécutives à une décharge chronique du membre inférieur gauche). Le Dr T._____ relevait qu'un traitement par physiothérapie bien conduit depuis 6 semaines n'avait apporté aucune amélioration aux douleurs de l'intéressé, lesquelles duraient depuis bientôt 6 mois, et priait son confrère de bien vouloir convoquer ce dernier pour la prise en charge du syndrome fémoro-patellaire droit.

Dans un avis du 20 janvier 2009, le Dr S._____ du SMR a exposé ce qui suit:

"Le syndrome fémoropatellaire droit décrit par le Dr T._____ n'est pas source de nouvelles limitations fonctionnelles somatiques; les limitations fonctionnelles de 1999 impliquaient déjà une activité sédentaire avec prédominance de la position assise. Il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé à même de modifier l'exigibilité dans une activité adaptée telle que retenue dans la décision AI de septembre 1999."

Par décision du 12 mars 2009, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

C. M._____ a formé recours contre cette décision par acte du 8 avril 2009, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède à toute mesure d'instruction propre à constater de manière neutre et objective son état sur le plan médical. Il a fait valoir, en substance, que les pièces médicales produites, singulièrement le certificat médical établi le 27 juillet 2007 par le Dr A._____, attestaient une aggravation importante de son état de santé sur plusieurs plans, existant depuis 2006, laquelle était manifestement de nature à modifier l'exigibilité retenue antérieurement. L'intéressé requérait dès lors, à titre de mesures d'instruction, la mise en

œuvre d'une expertise médicale, ainsi qu'une interpellation des Drs T._____ et A._____. A l'appui de son recours, il produisait notamment un certificat médical établi le 1^{er} avril 2009 par ce dernier médecin, lequel attestait une péjoration de son état de santé depuis l'hiver 2006-2007.

Dans sa réponse du 25 juin 2009, l'office intimé a estimé que les arguments du recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position, relevant notamment que, dans la mesure où il avait été produit postérieurement à la décision de non-entrée en matière, le certificat établi le 1^{er} avril 2009 par le Dr A._____ n'avait pas à être pris en considération dans la présente procédure; quant aux deux autres pièces médicales produites antérieurement par le recourant, elles étaient manifestement insuffisantes pour rendre plausible une aggravation de son état de santé, dès lors qu'elles faisaient principalement état d'une aggravation des douleurs et d'un accroissement des plaintes, éléments de nature subjective. L'OAI confirmait dès lors sa décision de refus d'entrer en matière, et préavisait pour le rejet du recours.

Par écriture du 12 février 2010, le recourant a indiqué que, en possession de nouveaux rapports médicaux attestant l'aggravation de son état de santé, il avait proposé à l'intimé, en date du 19 novembre 2009, une suspension de la procédure devant la Cour de céans, proposition qui avait été refusée - l'OAI suggérant bien plutôt à l'intéressé de déposer une nouvelle demande de prestations, avec les pièces en cause jointes au dossier, ce qu'il fera le 16 décembre 2009. Le recourant requérait dès lors la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur sa "*requête*" déposée le 16 décembre 2009 auprès de l'OAI (soit sa nouvelle demande de prestations), relevant qu'une décision de la Cour des assurances sociales en l'état pourrait être en contradiction avec une nouvelle décision de l'office. Etaient produites trois pièces médicales.

Dans ses déterminations du 15 mars 2010, l'OAI a proposé le rejet de la requête de suspension de la cause, et maintenu ses conclusions pour le surplus.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'espèce, l'objet de la contestation, tel que circonscrit par la décision attaquée, porte exclusivement sur la question de savoir si l'office intimé était fondé à rendre une décision de refus d'entrer en matière, au motif que le recourant n'avait pas rendu plausible, dans le cadre de sa nouvelle demande, une aggravation significative de son état de santé depuis la précédente décision statuant sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Les requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires (expertise médicale, interpellation de ses médecins traitants) échappent ainsi à l'objet du litige, et sont dès lors irrecevables (cf. TF I 951/06 du 31 octobre 2007, consid. 1.2; sur les notions d'objet de la contestation et d'objet du litige, cf. TF 2C_777/2009 du 21 avril 2010, consid. 1.1 et les références).

a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 alléguer une

modification des faits déterminants (ATF 130 V 64, consid. 5.2.3; ATF 117 V 198, consid. 4b et les références). 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 117 V 198 précité, consid. 3a et la référence; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193, consid. 2 et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Il a précisé que, eu égard à son caractère atypique dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; depuis le 1^{er} janvier 2003, cf. art. 43 al. 3 LPGA) – 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.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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, les moyens proposés doivent être pertinents, soit 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 précité, consid. 5.2.5; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Conformément à ces principes – auxquels il n'y a pas lieu de déroger, fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure, sous peine de les vider de

leur portée juridique -, les pièces produites ultérieurement par le recourant n'ont pas à être prises en considération (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

b) En l'espèce, l'OAI a respecté la procédure décrite ci-dessus, en impartissant à deux reprises un délai au recourant pour rendre plausible l'aggravation alléguée par des moyens pertinents, par exemple un certificat médical décrivant et précisant la date à laquelle l'aggravation était survenue, et l'avertissant qu'à ce défaut, il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Il sera dès lors statué au vu de l'état de fait existant au moment déterminant où la décision de non-entrée en matière a été rendue.

Cela étant, le recourant a produit un certificat médical établi le 27 juillet 2007 par son médecin traitant, le Dr A._____. Comme le relève à juste titre le SMR, ce certificat se borne à rendre compte des plaintes du recourant - la formulation utilisée par le Dr A._____ est à cet égard sans équivoque, puisqu'il indique expressément qu'il intervient au nom de l'intéressé "*afin de porter par écrit les plaintes qu'il met en avant pour sa nouvelle demande*". Le certificat en cause ne comprend ainsi ni constatation objective faite par le médecin, ni diagnostics clairs, ni appréciation des répercussions des atteintes mentionnées en termes de capacité de travail résiduelle, de rendement, ou encore de limitations fonctionnelles. A l'évidence, on ne saurait considérer qu'un tel certificat suffirait à rendre plausible l'aggravation alléguée; il appartenait bien plutôt à l'intéressé, dans ce type de procédure particulier, de produire des documents médicaux plus convaincants. Comme déjà relevé, l'intimé n'avait pas à instruire, pas davantage au demeurant que ce tribunal; on ne peut dès lors lui reprocher une instruction "quasi-nulle", respectivement d'avoir statué sans avoir examiné l'intéressé.

Quant au courrier du 18 mars 2008 du Dr T._____, produit par le recourant dans le cadre de la procédure d'audition, ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle, et l'atteinte dont il est question, soit un syndrome fémoro-patellaire droit, n'est pas de nature,

a priori, à occasionner des limitations fonctionnelles autres que celles retenues au moment de la précédente procédure (cf. l'avis rendu le 20 janvier 2009 par le Dr S. _____ du SMR). Ce courrier, qui n'est au demeurant pas à proprement parler un rapport médical, dans la mesure où il ne porte que sur la question de la prise en charge du syndrome fémoro-patellaire, ne saurait dès lors en tant que tel rendre plausible l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, qui serait de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Dès lors qu'il ne peut en outre être tenu compte des pièces produites par le recourant postérieurement à la décision attaquée (notamment du certificat établi le 1^{er} avril 2009 par le Dr A. _____), force est de constater que la décision de refus d'entrer en matière rendue par l'office intimé était justifiée, l'intéressé n'ayant pas rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé alléguée, à tout le moins pas en temps utile.

c) La requête du recourant, tendant à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur sa nouvelle demande de prestations du 16 décembre 2009, est en conséquence sans objet. On relèvera que, contrairement à ce que soutient l'intéressé, il n'y a aucun risque de contradiction entre le présent arrêt et les suites données par l'OAI à sa nouvelle demande, dès lors que le présent arrêt porte uniquement sur le bien-fondé de la décision de refus d'entrer en matière de l'intimé compte tenu des pièces produites jusqu'alors, et non sur la question de l'existence ou non d'une aggravation de son état de santé.

3. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient de mettre les frais de justice, arrêtés à 400 fr., à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

831.20]; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 8 avril 2009 par M. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 12 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête de suspension de cause déposée le 12 février 2010 par M. _____ est sans objet.
- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M. _____.
- V. 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 :

- Me Dan Bally, à 1001 Lausanne (pour M. _____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :