

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, ayant appris les professions de serrurier et de mécanicien automobile et ayant notamment œuvré comme chauffeur de bus puis concierge professionnel avant de démissionner pour le 31 décembre 2004, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 21 avril 2005, invoquant des atteintes à l'épaule gauche et au genou droit suite à un accident le 20 [recte : 28] octobre 2004.

Dans un rapport du 7 juin 2005, la Dre C. _____, médecin-chef au Service d'orthopédie des Etablissements [...] (ci-après : les Etablissements A. _____), a exposé que l'assuré avait bénéficié en 2001 d'une réparation de la coiffe des rotateurs à droite d'évolution excellente et que, suite à une glissade, il avait consulté le 9 novembre 2004 pour une décompensation d'une large rupture de coiffe à gauche connue depuis plusieurs années - lésion pour laquelle un traitement conservateur avait été dispensé avec une bonne évolution, malgré la persistance d'un manque de force dans tous les mouvements d'abduction et de rotation et un port de charge limité à 15 kg. Pour la Dresse C. _____, l'exigibilité était entière dans toute activité sédentaire.

Par rapport du 29 juin 2005, le Dr J. _____, médecin généraliste traitant, a signalé que la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, réparée en 2001, était à nouveau douloureuse depuis 2004 et que la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, remontant à 2001 également, avait été réactivée suite à la chute de 2004, avec décompensation complète. Estimant que les problèmes aux épaules engendraient une incapacité de travail de « 50 % voire plus » depuis le 1^{er} avril 2005, le Dr J. _____ a conclu à une diminution de rendement de l'ordre de 75 à 80 % dans une activité de type concierge et à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 21 février 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. Il a considéré que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, que la comparaison des revenus sans et avec invalidité mettait en évidence un degré d'invalidité de 18 % et que ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'office a par ailleurs estimé que des mesures d'ordre professionnel n'avaient pas lieu d'être attendu que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste, et que le droit à un reclassement présupposait en outre une perte de gain durable de 20 % environ, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Dans le cadre de son opposition à la décision précitée, l'assuré a produit, le 2 janvier 2008, un rapport d'imagerie de l'épaule gauche établi le 18 septembre 2007 par le Dr D._____, radiologue, concluant à une déchirure transfixiante complète du tendon sus-épineux avec rétraction musculo-tendineuse, mise à nu de la tête humérale et fuite de contraste massive dans la bourse sousacromio-deltaïdienne, à des séquelles de luxation gléno-humérale antérieure, à la présence de trois foyers d'ossification du tendon susépineux sans déchirure et à une petite déchirure partielle supérieure du sous-scapulaire.

Par avis médical du 21 février 2008, le Dr V._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail médicalement exigible était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de port répétitif de charges de plus de 2,5 à 5 kg à bras tendu, pas d'activité répétitive en abduction et rotation du membre supérieur gauche et pas d'activité prolongée avec le membre supérieur gauche au-dessus de 60 °.

Par décision sur opposition du 11 avril 2008, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité mais repris l'examen du droit à des mesures

professionnelles, compte tenu d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité mettant désormais en évidence un degré d'invalidité de 20 %.

D'un « *rapport initial et final adulte* » établi le 7 juillet 2008 par une collaboratrice de l'OAI, il est notamment ressorti que l'assuré avait exercé de février 2005 à août 2007 comme mécanicien d'entretien et qu'il était employé depuis le mois d'octobre 2007 comme chauffeur de car [...] avec un préjudice économique de 7 %, ne donnant pas lieu à des mesures professionnelles.

Par rapport du 17 novembre 2008, le Dr J._____ a exposé que l'évolution était assez bonne à la fin de l'année 2008, malgré un accident de travail en juillet 2007. A ce document était en particulier joint un compte-rendu de la Dre C._____ du 28 septembre 2007, évoquant l'option d'une prothèse, voire d'une arthrodeèse, pour le cas où le syndrome douloureux de l'épaule gauche devrait venir au premier plan, ce qui n'était actuellement pas le cas.

Par décision du 19 février 2009 confirmant un projet du 8 décembre 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à un reclassement aux motifs que l'intéressé exerçait une activité adaptée à son état de santé et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

B. Par communication du 3 mars 2014, W._____ [...] (ci-après : W._____) a signalé à l'OAI que l'assuré se trouvait en incapacité de travail depuis le 26 septembre 2013. A cette communication était en particulier joint un rapport du 17 février 2014 du Dr S._____, médecin consultant au Service d'oncologie des Etablissements hospitaliers [...] (ci-après : Etablissements A._____), site de L._____, signalant un diagnostic d'adénocarcinome du tiers inférieur de l'œsophage uT3 uN1 M0.

Par formulaire non daté, indexé le 4 mars 2014 par l'OAI, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité motivée par le cancer de l'œsophage.

Par rapport du 24 avril 2014, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'adénocarcinome du tiers distal de l'œsophage uT3 uN1 M0, de status après deux cycles de chimiothérapie de type Cisplatine Taxotere néo-adjuvante en septembre et octobre 2013, de status après radio-chimiothérapie avec Taxotere Cisplatine hebdomadaire concomitante en novembre et décembre 2013, ainsi que de status après opération de Lewis le 24 janvier 2014, stade postopératoire ypT0 ypN0 R0 TRG1. Relevant que l'évolution était satisfaisante, le Dr S._____ a fait état d'une incapacité de travail de 100 % du 30 septembre 2013 au 31 mars 2014 puis de 50 % à compter du 1^{er} avril 2014, étant précisé qu'une reprise 100 % serait tentée à la fin du mois d'avril 2014.

A l'occasion d'un entretien téléphonique le 27 mai 2014 avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a exposé qu'il avait repris le travail à 100 % le 15 avril 2014 et que tout se déroulait positivement. Lors d'un second entretien le 12 juin 2014, l'intéressé a confirmé que la reprise était positive.

Par décision du 3 septembre 2014 faisant suite à un projet du 24 juin précédent, l'OAI a refusé le droit du recourant à une rente d'invalidité, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année. L'office a également retenu que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas, l'intéressé ayant repris son activité à 50 % le 1^{er} avril 2014, puis à 100 % dès le 15 avril 2014.

C. Le 11 septembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant un cancer de l'œsophage/prostate et un burn out (dépression).

Par courrier du 14 septembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

En date du 19 novembre 2018, l'office a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a souligné qu'aucune modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'intéressé n'avait pu être constatée suite à la demande du 11 septembre 2018 et que ce dernier n'avait en outre pas donné suite au courrier du 14 septembre 2018.

Par décision du 15 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet précité.

D. Par acte du 7 février 2019, Q. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, il a fait valoir qu'il avait été opéré pour un cancer de l'œsophage en janvier 2014 et que, depuis lors, il peinait à se réinsérer dans son travail de chauffeur de bus, étant souvent en arrêt pour des fatigues ou des dérangements gastriques. Il a également soutenu que le courrier du 14 septembre 2018 n'avait été suivi d'aucun rappel et qu'il avait en outre téléphoné à deux reprises à l'intimé pour l'informer de « *faire une copie* » à [...] Assurances Générales SA et non plus à N. _____ Société d'assurances sur la vie SA, sans succès.

En annexe au recours, figurait un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- divers certificats médicaux émanant du Dr J. _____ ainsi que du Dr R. _____, psychiatre au Centre F. _____, faisant état d'incapacités de travail à 100 % pour la période du 11 décembre 2017 au 30 avril 2018, puis à 50 % du 1^{er} mai 2018 au 28 février 2019 ;

- trois questionnaires médicaux adressés les 27 avril, 11 octobre et 17 décembre 2018 par les Drs R. _____ et P. _____, médecin assistant au Centre F. _____, à l'assureur perte de gain maladie [...] Assurances SA, diagnostiquant en particulier un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et évoquant en outre un cancer de la prostate opéré en 2017.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 1^{er} avril 2019. L'OAI a souligné que le recourant n'avait produit aucune pièce médicale lors du dépôt de sa nouvelle demande, pas plus que postérieurement au courrier du 14 septembre 2018. Quant aux documents produits à l'appui de l'acte de recours, ils ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, l'examen étant limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administratives justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 11 septembre 2018.

En revanche, la Cour de céans n'a pas à se prononcer sur les griefs émis par le recourant concernant l'adressage des courriers de l'intimé à son assureur perte de gain, ce point étant clairement extrinsèque à l'objet de la présente contestation et sortant, par là-même, du cadre litigieux.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écartier 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 depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande 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. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 11 septembre 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date

de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force.

a) A titre préalable, il convient de préciser que les documents médicaux produits devant la juridiction cantonale - en particulier les certificats d'arrêts de travail du Dr J. _____ et du Dr R. _____ pour la période du 11 décembre 2017 au 28 février 2019, de même que les rapports établis par les Drs R. _____ et P. _____ les 27 avril, 11 octobre et 17 décembre 2018 - ne peuvent pas être pris en considération pour trancher le présent litige. Ces pièces ont en effet été communiquées au stade de la procédure judiciaire ouverte cédans, autrement dit postérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Or, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative devant l'OAI justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. consid. 3c supra).

b) Il est constant que le recourant a déposé une première demande de prestations le 21 avril 2005, essentiellement liée à des problèmes d'épaule, et que cette demande a abouti à une décision de refus de rente d'invalidité le 11 avril 2008 et de refus de mesures professionnelles le 19 février 2009. L'intéressé a ensuite introduit une deuxième demande de prestations le 4 mars 2014 en lien avec un cancer de l'œsophage, procédure conduisant à un nouveau refus de prestations le 3 septembre 2014. Le 11 septembre 2018, le recourant a introduit une troisième demande de prestations, pour des troubles somatiques (cancer de l'œsophage/prostate) et psychiques (burn out/dépression). Constatant qu'aucun document n'était produit à l'appui de cette demande, l'OAI a dès lors imparti à l'assuré, par courrier 14 septembre 2018, un délai de trente jours pour produire un rapport médical détaillé ou apporter tout autre élément propre à étayer sa demande, faute de quoi il serait considéré qu'une modification du degré d'invalidité n'avait pas été rendue plausible et une décision de non-entrée en matière serait rendue. Sans réponse du recourant, l'OAI a émis, le 19 novembre 2018, un préavis dans le sens d'un

refus d'entrer en matière, avant de rendre une décision formelle de refus d'entrer en matière le 15 janvier 2019.

Cela étant, on relèvera tout d'abord que contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé n'avait en aucun cas à lui adresser un rappel pour pallier à son inaction suite au courrier du 14 septembre 2018. Ce courrier attirait explicitement l'attention de l'assuré sur les conséquences d'une absence de réponse dans le délai imparti et peut, en cela, être assimilé à une sommation (art. 43 al. 3 LPGA par analogie [ATF 124 II 265 consid. 4a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3]). L'absence de réaction de l'intéressé au terme du délai fixé ne pouvait, dès lors, qu'entraîner les effets décrits dans la communication en question, soit le prononcé d'une décision de non-entrée en matière.

Pour le reste, force est de constater que le recourant n'a produit aucun document médical - ni d'autre nature, d'ailleurs - à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 11 septembre 2018. On relèvera au demeurant que l'OAI n'avait pas non plus à interpellier d'office les médecins de l'assuré suite à cette nouvelle demande, attendu que le principe inquisitoire ne s'applique pas à une telle procédure et que l'autorité n'entre en matière que pour autant que la personne assurée ait préalablement rendu plausible une modification significative de sa situation (cf. consid. 3b supra). A cela s'ajoute qu'après s'être vu communiquer le préavis de l'intimé du 19 novembre 2018 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'intéressé ne s'est pas davantage manifesté dans le délai de trente jours dont il disposait pour faire part de ses objections à l'encontre dudit préavis, conformément à l'art. 57a LAI en relation avec l'art. 73ter al. 1 RAI. A la lumière de ces circonstances, l'OAI ne pouvait qu'être amené à rendre une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Il suit de là que, sans pour autant nier les atteintes à la santé du recourant, la Cour de céans ne peut que constater que l'intéressé n'a pas rendu plausible, au stade de la procédure administrative, une modification significative de sa situation justifiant le réexamen de son

droit à des prestations de l'assurance-invalidité au sens entendu par les art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande présentée le 11 septembre 2018 et à prononcer la décision de non-entrée en matière litigieuse.

c) Par surabondance, on notera encore qu'il reste quoi qu'il en soit loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations devant l'OAI et de se prévaloir, dans ce cadre, des documents produits devant la juridiction de céans.

5. a) Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire qualifié, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 15 janvier 2019 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 du recourant.

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 :

- Q. _____,
- 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 :