

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 décembre 2009

---

Présidence de M. NEU  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L. \_\_\_\_\_**, à Fiez, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29bis et 87 al. 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_, né en [...], a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) le 22 juin 2003, en faisant état d'une poliomyélite infantile, d'une atrophie du membre inférieur gauche et d'une atteinte à la colonne vertébrale consécutive à un accident survenu le 1<sup>er</sup> septembre 2001.

Il ressort des pièces du dossier produit par l'assureur-accidents (CNA) que l'assuré était en incapacité de travailler à 50 % dès le 3 mai 2002 et qu'il était régulièrement suivi par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, depuis le 30 septembre 2002.

Dans un rapport médical du 7 septembre 2009 adressé à l'Office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches post-traumatiques dans un contexte de séquelles de poliomyélite du membre inférieur gauche. Il a mentionné que son patient avait été incapable de travailler à 50 % du 3 mai 2002 au 14 juillet (recte : août) 2003 et que son pronostic demeurait réservé compte tenu des contraintes mécaniques dues auxdites séquelles de la poliomyélite.

Par décision du 20 décembre 2004, l'Office AI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2003 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. En effet, comme le délai d'attente d'une année avait commencé à courir en mai 2002, soit lorsque le taux d'activité avait été réduit à 50 %, le droit à la demi-rente débutait au 1<sup>er</sup> mai 2003. L'intéressé ayant repris son activité professionnelle à 100 % dès le 15 août 2003, son droit s'éteignait à fin novembre 2003, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Le 27 avril 2006, L.\_\_\_\_\_ a informé l'Office AI qu'il était en incapacité de travail à 50 % depuis le 26 octobre 2005. Il a produit un certificat médical du Dr D.\_\_\_\_\_ attestant ce qui précède.

Par lettre du 2 mai 2006, l'Office AI a accusé réception du courrier du 27 avril 2006 de l'assuré et lui a imparti un délai de 30 jours afin de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, à défaut de quoi l'administration rendrait une décision de refus d'entrer en matière.

**B.** Par décision du 13 juin 2006, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations au motif que l'assuré n'avait pas donné suite à son courrier du 2 mai 2006.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 6 juillet 2006, en confirmant que son état de santé sur le plan physique s'était aggravé et qu'il présentait une nouvelle affection de nature psychiatrique. Il s'est en outre réservé le droit de produire des pièces médicales complémentaires.

Le 24 juillet 2006, l'Office AI a accusé réception de l'opposition de l'assuré et l'a informé qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier, au vu des nouveaux éléments avancés.

Le 12 octobre 2006, l'assuré a remis à l'Office AI un rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2006 attestant une détérioration de son état de santé. L'Office AI lui a répondu, le 16 octobre 2006, que l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ serait pris en considération dans l'instruction de son opposition.

Le 13 septembre 2007, l'assuré s'est inquiété auprès de l'administration du suivi de sa demande et a produit un second rapport médical complet (diagnostic, anamnèse, symptômes, capacité de travail) établi le 30 août 2007 par le Dr D.\_\_\_\_\_.

Le 19 septembre 2007, l'Office AI a répondu à l'assuré que son dossier était à l'étude auprès de son service juridique.

Par décision sur opposition du 9 mai 2008, soit près de trois années après le dépôt de l'opposition, l'Office AI a confirmé sa décision du

13 juin 2006 au motif que l'assuré n'avait apporté aucun élément attestant d'une péjoration de son état de santé au moment du dépôt de sa seconde demande de prestations, le 27 avril 2006.

**C.** Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, L. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision par acte du 11 juin 2008, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'aggravation de son état de santé invoqué à l'appui de sa demande de prestations du 27 avril 2006 était crédible, de sorte que l'administration aurait déjà dû entrer en matière, précisant par ailleurs qu'il n'avait pas reçu la lettre du 2 mai 2006 le sommant de compléter sa requête dans les 30 jours.

Dans sa réponse du 19 septembre 2008, l'Office AI s'est borné à faire valoir que, dans le cadre de sa seconde demande du 27 avril 2006, l'assuré avait produit un simple certificat médical de son médecin traitant, sans démontrer l'aggravation de son état de santé.

Le 18 mai 2009, le recourant a fourni plusieurs avis médicaux supplémentaires à l'appui de son recours.

Par courrier du 31 août 2009, l'Office AI a accepté d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations que le recourant avait formellement déposée le 21 janvier 2009.

**D.** Une audience de conciliation a été tenue le 28 septembre 2009, lors de laquelle l'Office AI a admis que sa lettre du 2 mai 2006 n'avait pas été envoyée par courrier recommandé et qu'il ne pouvait par conséquent pas fournir la preuve de sa notification.

**E n d r o i t :**

**1.** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Est litigieux le point de savoir si l'Office AI était légitimé à refuser d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de l'assuré, présentée le 27 avril 2006. Le recourant soutient en substance qu'en se fondant sur le certificat médical du Dr D. \_\_\_\_\_ attestant de son incapacité de travailler à 50 % dès le 25 octobre 2005, certificat qui ne pouvait qu'être associé aux pièces rendant compte de sa situation sur le plan médical telles que déjà versées au dossier, l'administration aurait dû entrer en matière sur sa demande. Il affirme en outre ne pas avoir reçu le courrier du 2 mai 2006 le sommant de compléter sa requête. L'Office AI lui objecte que la production d'un simple certificat médical de son médecin traitant à l'appui de sa demande de révision ne pouvait suffire à rendre plausible une modification notable de son état de santé.

**a)** Aux termes de l'art. 87 al. 3 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En tant que le

principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit se limiter à examiner si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. En revanche, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve est celui du dépôt de la nouvelle demande; si l'assuré se borne à proposer de les produire ultérieurement, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour s'exécuter (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF I\_771/05 du 12 juin 2006).

**b)** La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Si la notification d'un acte envoyé sous pli simple ou la date de la notification sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de la communication (ATF 124 V 400 consid. 2a et les références). Pour des raisons évidentes tenant aux garanties de l'Etat de droit, une décision ne peut déployer ses effets tant qu'elle n'est pas communiquée à la personne dont elle affecte la situation juridique. Lorsque la forme est écrite, la décision doit parvenir à la connaissance des intéressés; plus précisément, ceux-ci doivent être mis dans la situation où la prise de connaissance ne dépend plus que d'eux-mêmes ou de leurs représentants. La preuve en incombe à l'autorité (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, Stämpfli Editions SA Berne 2002, 2<sup>e</sup> éd., ch. 2.2.8.3, p. 302).

**c)** Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

**4. a)** Il ressort du dossier de l'assuré que l'Office AI lui avait accordé une demi-rente d'invalidité en faisant siennes les conclusions du rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 7 septembre 2003, reconnaissant une incapacité de travail à 50 % du 3 mai 2002 au 14 août 2003. Aucun autre avis médical n'avait été produit. Il est également constant que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait alors réservé son pronostic en raison des contraintes mécaniques auxquelles l'intéressé était confronté à cause de sa poliomyélite (rapport précité, p. 4 in fine). Ainsi, lorsqu'à l'appui de sa seconde demande de prestations, l'assuré a produit un certificat médical du Dr D. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail à 50 % à partir du 25 octobre 2005, l'aggravation ainsi alléguée n'apparaissait pas invraisemblable, au regard du dossier constitué. Cela ne saurait toutefois suffire pour admettre, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus, que la demande de l'assuré répondait aux conditions de l'art. 87 al. 3 RAI, respectivement que l'intimé devait instruire d'office en se rapportant au pièces du dossier, respectivement en interpellant directement le médecin traitant. C'est donc à bon droit que l'Office AI a fixé à l'assuré un délai comminatoire pour compléter sa demande, cela par courrier du 2 mai 2006.

**b)** Il reste à déterminer si l'absence de réponse de l'assuré à cette lettre dans le délai fixé pouvait emporter le refus d'entrée en matière litigieux. Sur ce point, il est admis que l'Office AI ne peut en rapporter la preuve de la notification, laquelle est formellement contestée par l'assuré. A cet égard, celui-ci convainc dès lors qu'il a démontré par la suite son souci de satisfaire à son devoir de collaborer, en obtempérant en temps utile et à satisfaction à toutes les demandes de l'autorité. En outre, on ne peut déduire d'aucune pièce du dossier que l'intéressé aurait eu connaissance de la sommation. Il y a donc lieu d'en faire abstraction, de sorte que les conséquences qu'elle était réputée emporter sur la suite de la procédure ne peuvent être opposées au recourant.

Cela étant, on observe que, dès la notification de la décision de refus d'entrée en matière du 13 juin 2006, le recourant s'est employé, dans le cadre de la procédure d'opposition initiée le 6 juillet 2006, à

produire toutes les pièces médicales utiles au traitement de son dossier, démontrant ainsi à satisfaction l'aggravation de son état de santé telle que précédemment alléguée. Il a donc pleinement satisfait à son obligation, en cours de procédure d'opposition, de sorte que l'Office AI devait entrer en matière sur la nouvelle demande.

On notera, par surabondance, que la position de l'Office AI est d'autant moins compréhensible qu'il paraissait avoir admis d'entrer en matière. Tout d'abord, la procédure d'opposition ayant duré près de trois années, il n'était pas justifiable de rendre une simple décision de refus d'entrée en matière après ce laps de temps. Ensuite, l'office intimé a formellement pris acte des documents médicaux à chaque fois qu'ils lui ont été produits et avisé l'assuré qu'ils se trouvaient versés au dossier de la cause, offrant ainsi l'apparence d'une réparation du vice de clarification dans le délai de sommation. Enfin, on observe que l'Office AI est bien entré en matière sur la nouvelle demande formée en cours de procédure de recours, sur la base de ces mêmes documents médicaux qui avaient été produits dans le cadre de la procédure d'opposition, de sorte que l'on ne peut s'expliquer la confirmation du refus d'entrée en matière sur la demande antérieure 27 avril 2006 que par un souci de l'administration d'échapper, le cas échéant, à l'allocation de prestations à titre rétroactif, compte tenu de l'art. 29bis RAI.

**c)** Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée portant sur le refus d'entrer en matière sur la demande produite le 27 avril 2006 est mal fondée. Elle doit être annulée et le recours admis en conséquence, la cause étant renvoyée à l'Office AI pour l'examen du droit aux prestations à compter du 27 avril 2004, en application de l'art. 29bis RAI, dans la mesure où l'assuré aurait alors effectivement présenté une incapacité de travail de la même origine que celle ayant donné droit aux précédentes prestations.

**5.** Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'500 fr., compte tenu d'un double échange d'écritures et de la tenue

d'une audience d'instruction (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Au surplus, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge d'une autorité déboutée (52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 9 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
  
- III.** Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de L.\_\_\_\_\_, telle que présentée le 27 avril 2006.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.
  
- V.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour L. \_\_\_\_\_)
- 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).

La greffière :