

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mmes Feusi et Moyard , assesseurs
Greffière : Mme Matile

Cause pendante entre :

E. _____, à Cudrefin, recourante,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. a) U._____ (ci-après: l'assurée), née le 15 octobre 1978, employée de commerce, a déposé au mois d'octobre 2007 - alors que, divorcée depuis peu et sans enfants, elle était domiciliée à Neuchâtel - une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : l'OAI Neuchâtel), en indiquant souffrir d'un trouble de la personnalité « borderline ».

b) Dans un rapport médical du 31 octobre 2008 adressé à l'OAI Neuchâtel, le Dr V._____, médecin praticien à Cormondrèche (NE), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents avec épisodes moyens à sévères et de troubles de la personnalité de type borderline. Il a attesté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 12 février au 15 avril 2007, de 50% du 16 avril au 30 juin 2007 et de 100% du 27 août à son accouchement. Il a estimé que l'activité habituelle de l'assurée était encore exigible à 100% à partir de la fin du congé maternité faisant suite à son accouchement en août 2008 (recte : le 25 juillet 2008).

c) Dans un avis du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 9 décembre 2008, la Dresse Q._____ a exposé ce qui suit :

« Assurée de 30 ans, souffrant d'un trouble dépressif récurrent avec épisodes moyens à sévère et d'un trouble de la personnalité de type borderline.

Le médecin traitant atteste une IT, à des taux différents, à partir du 12.02.07.

L'assurée est en possession d'un [C]FC d'employée de commerce et demande des MOP sentant que l'activité qu'elle avait à la Poste ne lui convenait plus.

Le Dr V._____ atteste dans son RM que l'activité habituelle est encore exigible à 100% à partir de la fin de son congé maternité, l'assurée ayant accouché en août 2008 (recte : le 25 juillet 2008).

Il est à signaler que depuis le début 2008, l'assurée allait mieux et a même pu s'engager dans une nouvelle relation affective, stable et enrichissante avec une grossesse qu'elle a mené[e] à terme avec un mariage en juillet 2008.

A mon avis, depuis janvier 2008 l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle, probablement avec une légère diminution de rendement comme c'est le cas dans les troubles dépressifs d'intensité moyenne. D'ailleurs, dans sa lettre appuyant sa demande de MOP, octobre 2007, l'assurée disait qu'elle voulait retrouver au plus vite une activité professionnelle.

Etant donné que le médecin considère que l'activité habituelle est encore exigible, des MOP ne se justifient pas. »

d) Le 5 janvier 2009, l'OAI Neuchâtel a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, pour le motif qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail et de gain de longue durée; celle-ci avait en effet débuté le 12 février 2007, mais dès janvier 2008, une pleine capacité de travail dans son ancienne activité devait être reconnue à l'assurée, de sorte que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI n'étaient pas remplies.

e) Le 16 février 2009, l'OAI Neuchâtel a rendu une décision de refus de rente d'invalidité dont la motivation était identique à celle de son projet de décision du 5 janvier 2009, ainsi qu'une décision de refus de mesures professionnelles. Ces décisions n'ayant pas été contestées, elles sont entrées en force.

B. a) L'assurée, qui porte le nom de E._____ depuis son deuxième mariage le 11 juillet 2008 et est désormais domiciliée à Cudrefin (VD), a déposé le 1^{er} avril 2010 une deuxième demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI Vaud), en indiquant souffrir de troubles psychiatriques.

b) Le 27 avril 2010, l'OAI Vaud a adressé à l'assurée un courrier dont la teneur était la suivante :

« Nous accusons réception de votre demande de révision du 6 avril 2010 (recte: 1^{er} avril 2010) et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des articles 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

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. »

c) N'ayant toujours rien reçu à la mi-juin 2010, l'OAI Vaud a adressé le 18 juin 2010 à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la demande de prestation, qui n'a pas été contesté, puis a rendu le 1^{er} septembre 2010 une décision de refus d'entrer en matière.

C. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 24 septembre 2010, en concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI Vaud pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. Elle affirme que son état psychique s'est fortement dégradé depuis sa première demande AI en 2008 dont le diagnostic n'était pas le même (Trouble Borderline) ; avant 2009, elle

n'avait jamais souffert d'hallucinations auditives et des autres symptômes qui accompagnent ceux-ci, et le diagnostic a alors changé (Trouble schizo-affectif de type mixte). Afin d'étayer ses dires, elle produit un rapport médical établi le 14 septembre 2010 par le Dr V._____. Celui-ci y expose que depuis la dernière demande de prise en charge par l'AI en 2008, il s'est produit plusieurs événements qui ont ponctué une aggravation de l'état psychique de l'assurée ; il estime que l'incapacité de gain de sa patiente est actuellement de 100% et que le pronostic d'amélioration de sa capacité de gain est à l'heure actuelle illusoire.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 16 novembre 2010, l'OAI Vaud rappelle que la décision querellée est une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande et que conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, celle-ci ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations 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. Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents étant ainsi le dépôt de la nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est, en cas de litige, d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Or en l'espèce, la recourante n'a produit aucune pièce médicale rendant plausible une aggravation de son état de santé, ni dans le délai qui lui avait été imparti à cet effet par courrier du 27 avril 2010, ni après avoir reçu le projet de décision du 18 juin 2010. Le rapport médical du 14 septembre 2010 du Dr V._____ produit à l'appui du recours ne saurait

être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, le pouvoir d'examen de la Cour étant limité à la question de savoir si les pièces déposées en procédure administrative, soit en l'espèce jusqu'au 1er septembre 2010, justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. L'OAI Vaud estime ainsi que, dans la mesure où la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans les délais qui lui avaient été impartis, la décision apparaît conforme au droit et à la jurisprudence. Il propose dès lors le rejet du recours.

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 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par E. _____ contre la décision rendue le 1^{er} septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente d'invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), 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. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

b) 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 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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; RS 101]). 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, 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 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances 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 (TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, la recourante n'a produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI du 1^{er} avril 2010. Considérant que la recourante n'avait ainsi pas rendu plausible que

son invalidité s'était modifiée, l'OAI Vaud lui a imparti par courrier du 27 avril 2010 un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé rendant plausible l'aggravation de son état de santé, en l'avertissant que si les éléments apportés ne rendaient pas plausible une modification de son degré d'invalidité, une décision de non-entrée en matière serait rendue. La recourante n'a donné aucune suite à ce courrier, de sorte que l'OAI Vaud lui a adressé le 18 juin 2010 un projet de décision de refus d'entrée en matière, puis - en l'absence de toute réaction de la recourante - a rendu le 1^{er} septembre 2010 la décision de refus d'entrée en matière présentement attaquée.

La procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, telle que précisée par la jurisprudence, ayant ainsi été respectée, il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, une modification de son degré d'invalidité. Dès lors que la recourante, au moment où l'administration a statué, n'avait produit aucun rapport médical qui aurait pu attester d'une éventuelle modification de son état de santé, force est de constater qu'elle n'a aucunement rendu plausible une modification de son invalidité. Cette constatation scelle le sort du litige, puisque le rapport médical du Dr V. _____ du 14 septembre 2010, que la recourante a produit en annexe à son mémoire de recours du 24 septembre 2010, est postérieur à la décision attaquée du 1^{er} septembre 2010 et ne peut par conséquent être pris en considération dans le contrôle judiciaire de cette décision.

3. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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; le montant de ceux-ci 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de

justice doivent être arrêtés à 300 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 1^{er} septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 300 fr. est mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Mme E. _____,
- 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 :