

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2012

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mmes Dormond Béguelin et Moyard, assesseurs

Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 17 LPGA; 87 RAI

E n f a i t :

A. H._____, né en 1967, qui a travaillé jusqu'au 7 octobre 2001 comme contrôleur pour [...], a déposé le 28 janvier 2002 une demande prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a traité cette demande et requis des renseignements médicaux. Les diagnostics suivants ont été posés: lombosciatalgies avec blocages lombaires récidivants sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire; discopathies étagées L3-S1; protrusions discales L4-L5, L5-S1; canal lombaire étroit. Son médecin traitant, le Dr P._____, généraliste, estimait en substance, le 12 mars 2002, qu'une activité de type employé de bureau était possible à 100 %. L'OAI a organisé des mesures d'ordre professionnel (réadaptation) et a décidé, le 28 juillet 2003, de prendre en charge une formation technique d'agent de maintenance en informatique. Cette formation s'est déroulée sur plusieurs années, dans différentes institutions. L'assuré a échoué à certains examens. Le 17 février 2006, l'OAI a rendu une décision mettant fin aux mesures professionnelles; il a considéré que la réadaptation professionnelle était achevée et que l'assuré pourrait réaliser un revenu qui exclurait le droit à la rente. Cette décision de fin des prestations n'a pas été contestée.

B. Le 3 mai 2010, H._____ a remis à l'OAI une nouvelle demande de prestations AI (mesures pour une réadaptation professionnelle et rente). Il décrivait ainsi l'atteinte à sa santé: « Incapacité à se mouvoir due à plusieurs atteintes aux vertèbres L3, L4, L5, S3, S4, et début d'arthrose dans celles-ci ». Le nom de deux médecins traitants était indiqué, le Dr P._____ et le Dr X._____.

Le 10 mai 2010, l'OAI a accusé réception de cet acte, traité comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) et des art. 87 ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Il a fixé à l'assuré un délai de 30 jours pour

produire un rapport médical détaillé (diagnostic, description de l'aggravation de l'état de santé, indications sur le nouveau degré d'incapacité de travail, pronostic). Il a précisé que sans nouvelles de l'assuré dans ce délai, il refuserait d'entrer en matière parce que la modification du degré d'invalidité n'aurait pas été rendue plausible.

L'assuré n'a pas donné suite à cette lettre.

Le 21 juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, faisant suite au rejet de la précédente demande de prestations, par décision du 17 février 2006.

L'assuré n'a pas formulé de remarques ni objections.

Le 3 septembre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations.

C. Par acte du 1^{er} octobre 2010, H. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus d'entrer en matière du 3 septembre 2010. Il conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de l'affaire à l'OAI « pour qu'il procède, sur le vu du rapport médical établi par le Dr P. _____, à l'instruction de [sa] demande de révision du 3 mai 2010 et rende ensuite une nouvelle décision qui tiendra compte de l'évolution des circonstances ». Il fait valoir que son état de santé ne lui a pas permis de produire un rapport médical dans le délai de 30 jours qui lui avait été fixé le 10 mai 2010. Il annonce par ailleurs la prochaine production d'un rapport de son médecin traitant.

Le recourant a ensuite produit un certificat médical du 14 octobre 2010 du Dr P. _____, où ce médecin se borne à certifier que son patient « souffre de ses problèmes lombaires » et qu'il « est toujours en incapacité de travail depuis 2006 ».

Dans sa réponse du 20 janvier 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 15 mars 2011, le recourant a encore produit un certificat médical du Dr P._____, du 14 mars 2011, ainsi qu'un rapport du Dr X._____, médecin-chef du centre médical [...], du 25 février 2011.

D. Le Bureau de l'assistance judiciaire a, par décision du 9 décembre 2010, octroyé à H._____ l'assistance judiciaire avec effet au 7 décembre 2010. Il a ainsi été dispensé de l'avance des frais de justice.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA), selon les formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA). Il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations parce que, en substance, il aurait été en mesure d'établir une aggravation de son état de santé.

a) Après l'entrée en force d'une première décision formelle de refus de prestations AI, rendue le 17 février 2006, le recourant a présenté une nouvelle demande de prestations, qui mentionne de manière très sommaire l'atteinte à la santé existant déjà auparavant. L'OAI était tenu d'appliquer la réglementation de l'art. 87 RAI. Selon les al. 3 et 4 de cette disposition (dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011),

lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant - c'était le sens de la décision du 17 février 2006, les mesures de réadaptation ayant permis au recourant de retrouver une capacité de travail et de gain suffisante (cf. la définition de l'invalidité à l'art. 8 al. 1 LPGA) -, la nouvelle demande ne peut être examinée que si son auteur établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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). 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré critique ce refus.

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas dans la présente espèce, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière.

En l'espèce, il faut se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches à partir du mois de mai 2010, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision de refus de prestations du 17 février 2006. Or le recourant n'a fourni aucun renseignement médical. Alors qu'il était suivi par deux médecins, il n'a remis aucun rapport médical. Il est manifeste que le délai de 30 jours, fixé par l'OAI pour produire un tel rapport, propre à rendre plausible une aggravation, est un délai approprié (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5) car rien n'empêchait le recourant de prendre contact avec ses médecins et de les inviter à rédiger rapidement un rapport circonstancié. Il convient de

relever que même à la date du dépôt du présent recours, le recourant ne pouvait se prévaloir d'aucun rapport médical détaillé - le certificat du Dr P. _____ produit peu après le dépôt du recours n'étant au demeurant pas propre à rendre plausible une aggravation.

Quoi qu'il en soit, les certificats médicaux postérieurs à la décision présentement attaquée n'ont pas à être pris en considération, puisqu'ils n'ont pas été soumis à l'OAI dans le cadre prévu à l'art. 87 RAI.

Dans ces conditions, les griefs du recourant apparaissent manifestement mal fondés. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de non-entrée en matière.

5. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours devant le Tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 francs.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 3 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. H. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Il est également communiqué au Service juridique et législatif, par voie électronique.

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 :