

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Thalmann et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Matile

Cause pendante entre :

U._____, à Renens, recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate
à Montreux,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1971, a subi le 11 mars 2004, en urgence, une exérèse partielle d'un macro-adénome hypophysaire par abord transphénoïdal. Par la suite, il a été suivi régulièrement par la Division C._____ du Centre hospitalier D._____.

B. Le 13 avril 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de cette procédure, les Drs H._____, chef de clinique, et Q._____, médecin-assistant, auprès de la Division C._____ du Centre hospitalier D._____, ont examiné l'assuré le 4 mai 2007 et adressé le 18 juin 2007 au Dr L._____, médecin traitant de l'assuré, un rapport médical qui pose les diagnostics suivants:

"Acromégalie sur macro-adénome hypophysaire à sécrétion de GH, avec:

- apoplexie hypophysaire le 09.03.2004, avec baisse de l'acuité visuelle à D[droite], quadranopsie supérieure latérale D et panhypopituitarisme
- status après résection transphénoïdale le 11.03.2004
 - diabète insipide transitoire en post-opératoire
- status après radiothérapie complémentaire en septembre et octobre 2005 (dose totale: 50,4 Gy)
- hypersomatotropinisme contrôlé sous Sandostatine LAR, 30mg/mois et Dostinex.
- syndrome des apnées du sommeil
- diabète de type 2
- insuffisance partielle des axes corticotrope, thyroïdienne et gonadotrope, substituée
- dyslipidémie".

Selon ce rapport médical, la situation est stable sur le plan clinique mais le patient signale des céphalées occasionnelles, des arthralgies principalement au bras gauche et souvent au niveau des genoux et mentionne également avoir souvent les mains enflées le matin ainsi que les extrémités surtout le soir. Il se plaint aussi d'une fatigue importante, qui l'oblige à faire une sieste l'après-midi. Les médecins sont d'avis que cette fatigue peut être mise sur le compte de l'insuffisance corticotrope avec une répartition du traitement inadéquate, la fatigue

pouvant également provenir de l'hypothyroïdie. Une composante psychologique est aussi évoquée, les médecins concernés ne se disant toutefois pas aptes, ni qualifiés pour l'évaluer.

Il sera précisé ici, s'agissant de l'hypertrophie des mains, que celle-ci a été constamment relevée dans les rapports antérieurs de la Division C._____ du Centre hospitalier D._____, la première fois dans le rapport du 12 mars 2004, lequel fait état d'un aspect type d'acromégale avec notamment d'énormes mains et pieds avec hallux valgus à droite.

Dans son rapport du 1^{er} mai 2009, le Dr Z._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé un panhypopituitarisme traité, l'incapacité de travail, à 100%, ayant débuté en mars 2004. Ce rapport mentionne par ailleurs l'acromégalie traitée par ablation transphénoïdale le 11 mars 2004 de l'adénome hypophysaire sécrétant d'HCG, le diabète de type 2 traité ainsi que le syndrome des apnées obstructives du sommeil traité par CPAP. De l'avis du SMR, l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle de maçon depuis le 10 mars 2004, une capacité de travail de 100% étant en revanche exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activités sédentaire ou semi-sédentaire, sans effort lourd soutenu, pas de conduite professionnelle, ni d'usage de machines dangereuses, horaires fixes répartis sur 5 jours ouvrables) dès le 3 septembre 2007.

Par décision du 22 février 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} avril au 30 novembre 2007, celle-ci étant supprimée dès cette date, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue depuis septembre 2007.

Cette décision n'a pas été contestée par l'assuré et est entrée en force.

C. Le 6 avril 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par annotation manuscrite sur une demande de renseignements adressée à l'assuré, le Dr L._____ a, le 6 juin 2011, indiqué ce qui suit à l'OAI: "la situation actuelle s'est aggravée par des apnées du sommeil et des céphalées constantes. Il n'y a pas lieu, à mon avis, de modifier les modalités de la rente".

Par décision du 3 août 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande, l'assuré n'ayant à ses yeux pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

D. Le 15 février 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

Le 29 mars 2012, l'OAI a invité l'intéressé à lui faire parvenir dans un délai de 30 jours tout élément de nature à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, notamment en produisant un rapport médical ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Le 16 avril 2012, l'assuré a produit un rapport médical du Dr T._____, médecin consulté dès le 1^{er} octobre 2010. Ce rapport médical reprend les diagnostics mentionnés dans le rapport du Centre hospitalier D._____ du 18 juin 2007, en y ajoutant celui d'obésité de classe I selon l'OMS et de syndrome de dépendance au tabac. Ce rapport, non daté mais apparemment établi le 15 février 2012, comporte une erreur de frappe en ce sens que la dernière consultation de l'assuré auprès de ce praticien remonte au 7 octobre 2011 et non au 7 octobre 2010.

Ce rapport médical a été soumis au SMR, qui, dans un avis médical du 26 avril 2012, a considéré qu'aucun élément médical objectif nouveau n'était de nature à rendre plausible en l'espèce une modification de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision de l'OAI.

Le 30 avril 2012, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision valant refus d'entrer en matière sur les prestations demandées. L'intéressé, par son conseil, a formulé une opposition, fondant son argumentation essentiellement sur le rapport du Dr T. _____ qu'il avait produit.

Par décision du 13 juin 2012, l'OAI a confirmé à l'assuré son refus d'entrer en matière, reprenant les termes de la motivation exposée dans le projet du 30 avril 2012.

E. Par acte de son mandataire du 20 août 2012, U. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision précitée. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI entre en matière sur la demande de révision de rente formulée le 15 février 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Se fondant essentiellement sur le rapport médical du Dr T. _____, le recourant estime avoir dûment rendu vraisemblable une modification de son état de santé propre à influencer sur sa capacité de gain et, partant, sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il relève en particulier que le rapport médical précité fait état d'une modification récente des tissus touchant les extrémités, notamment les doigts, affection qui a pour effet de le limiter de manière importante dans l'exécution de travaux fins. Il souligne aussi que le Dr T. _____ estime nulles ses chances de récupération face au panhypopituitarisme dont il souffre.

Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Se référant à l'avis du SMR du 24 septembre 2012, il relève en substance que le rapport du Dr T. _____ ne permet pas de qualifier de plausible l'existence d'une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 22 février 2010.

Dans sa réplique du 24 octobre 2012, le recourant conteste cette appréciation, soulignant que le Dr T._____ fait état de limitations fonctionnelles, qui, contrairement à ce que retient le SMR, n'étaient pas présentes lors des dernières demandes déposées antérieurement. Selon le recourant, le doute qu'engendre en particulier le rapport médical présenté suffit pour qu'il convienne d'admettre qu'il a rendu suffisamment vraisemblable une modification de son état de santé.

Dans sa réplique du 15 novembre 2012, l'intimé a maintenu ses conclusions, tout en relevant que la démarche consistant à solliciter le SMR, pour tenir compte de la correction liée à la date de la dernière consultation chez le Dr T._____, était légitime et opportune, sans qu'il ne s'agisse d'une mesure d'instruction proprement dite.

Le 4 janvier 2013, le recourant a déposé auprès de la Cour de céans une ultime détermination, soulignant que le fait pour l'intimé d'avoir été contraint de faire appel à un spécialiste démontre clairement qu'il a rendu l'aggravation de son état de santé vraisemblable.

L'intimé a maintenu son point de vue dans ses déterminations du 24 janvier 2013.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales, cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 15 février 2012. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente a 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. 2 RAI sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision

entrée en force de s'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 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). 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 autre investigation par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b).

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 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement 87 al. 2 RAI). Il a précisé qu'eu 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 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. 2 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 du 18 avril 1999; 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 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 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si les pièces déposées, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant du 15 février 2012, justifient la reprise de l'instruction du dossier. En d'autres termes, de déterminer si ces documents, en particulier le rapport médical établi par le Dr T. _____ au moment du dépôt de la nouvelle demande, rendent plausible un changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité retenu auparavant.

A cet égard, il convient de préciser que les rapports médicaux produits postérieurement 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 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 (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées). Il ne saurait ainsi être tenu compte du rapport médical établi par le médecin traitant de l'assuré le 17 octobre 2011 et produit par le recourant uniquement dans le cadre de la procédure de recours. Il en va de même du rapport établi le 28 août 2012 par la Division C. _____ du Centre hospitalier D. _____ à l'attention du médecin conseil de l'OAI.

En l'occurrence, si l'on compare le rapport du 15 février 2012 du Dr T. _____ avec le rapport médical établi le 18 juin 2007 par le service C. _____ du Centre hospitalier D. _____, on constate déjà que le document le plus récent ne pose pas de nouveaux diagnostics ressortant de l'assurance-invalidité, le syndrome de dépendance au tabac ou l'obésité n'ayant à cet égard pas d'incidence particulière. S'agissant du panhypopituitarisme, l'impossibilité de récupération dont le recourant fait état dans son mémoire de recours n'est pas un constat nouveau, dès

l'instant où elle est la conséquence de l'opération chirurgicale du 11 mars 2004 et de la radiothérapie, lesquelles sont bien évidemment antérieures à la première décision de l'OAI. Pour le surplus, le rapport du Dr T. _____ mentionne principalement les conséquences d'un arrêt des traitements déjà mis en place par le passé, la nécessité pour le recourant de poursuivre ses traitements et les conséquences de ceux-ci sur l'état de l'intéressé. Ces effets sont identiques à ceux prévalant à la date de la première décision de l'OAI et le rapport médical produit ne fait pas la démonstration d'une aggravation de ceux-ci. En ce qui concerne la modification des tissus touchant les extrémités, le recourant interprète le rapport médical en qualifiant la modification de récente. En effet, le Dr T. _____ ne le dit nulle part expressément. Par ailleurs, aucun élément ne permet de déterminer si cette modification diffère de l'hypertrophie des mains déjà constatée en 2004 et dans l'affirmative, dans quelle mesure. Quant aux effets de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, dès lors qu'elle le limite dans l'exercice de travaux fins, ceux-ci étaient déjà connus de l'OAI lorsqu'il a pris sa première décision: en effet, la note établie à la suite du premier entretien de placement du 15 juillet 2009 relève que le recourant a les mains disproportionnellement grandes à cause de sa maladie, ce qui empêcherait une activité d'assemblage ou de conditionnement fins.

Cela étant, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée en 2012 par le recourant et de n'avoir en conséquence pas approfondi plus avant l'instruction de la cause.

5. a) En définitive, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais 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, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 13 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 :

- Me Ana Rita Perez, avocate (pour U. _____),
- 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 :