

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Pasche et Dessaux
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Georges Reymond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI ; 82 LPA-VD

En fait et en droit :

Vu la demande de mesures d'ordre professionnel AI du 8 novembre 2001 de H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante),

vu la décision rendue le 29 juillet 2002 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) rejetant la demande, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de trieuse exercée à un taux de 35% étant entière,

vu la deuxième demande de prestations AI pour adultes du 8 avril 2008 de l'assurée, exerçant alors l'activité de nettoyeuse à un taux de 50%,

vu le rapport d'enquête ménagère du 28 septembre 2009, retenant un statut de 50% active et 50% ménagère et concluant à un empêchement de 24%,

vu le rapport d'examen clinique du 16 février 2010 établi par les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) posant les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif L5-S1 avec possible anomalie de transition, dysbalances musculaires, début de coxarthrose gauche et troubles affectifs bipolaires, actuellement en rémission, la capacité de travail étant nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée,

vu la décision rendue le 9 septembre 2010 par l'OAI rejetant la demande de rente de l'assurée, le taux d'invalidité s'élevant à 19.5%, soit 12% sur la part ménagère et 7.5% sur la part active,

vu la troisième demande de prestations AI pour adultes du 29 novembre 2012 de l'assurée,

vu l'attestation médicale établie le 12 novembre 2012 par la Dresse F._____, médecin généraliste, et ainsi libellée :

"Je soussigné, Dr F._____, certifie que Mme H._____, ne peut exercer d'activité professionnelle quelle qu'elle soit, ceci pour raison médicale."

vu la lettre du 6 décembre 2012 adressée à l'assurée par l'OAI et dont il résulte notamment ce qui suit :

"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.",

vu le projet de décision du 22 avril 2013 de l'OAI informant l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande,

vu la décision rendue le 4 juin 2013 par l'OAI refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande et dont il résulte notamment ce qui suit :

"Vous avez déposé une nouvelle demande concernant l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 30 novembre 2012 [recte : 9 septembre 2010]. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Vous ne nous avez fourni aucun élément médical nous permettant d'examiner le bien-fondé de votre demande. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande."

vu le recours du 10 juillet 2013 de H. _____ concluant, avec suite de frais et dépens, préalablement à l'admission de sa demande d'assistance judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour un nouvel examen au sens des considérants, la recourante soutenant en substance que les conditions de fait se sont modifiées de manière essentielle depuis la décision du 9 septembre 2010 et reprochant à l'OAI de ne pas avoir effectué des examens plus approfondis lesquels auraient permis de préciser les troubles psychiatriques dont elle souffre et leur impact sur sa vie quotidienne,

vu les pièces produites par la recourante dont un rapport médical du 6 juillet 2013 du Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

vu les pièces du dossier ;

attendu qu'en vertu de l'art. 93 al. 1 let. a LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36), la Cour des assurances sociales est compétente pour statuer, sur

les recours conformes à l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement 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'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits,

que l'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies,

que l'exigence ressortant de l'art. 87 al. 2 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen les 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 et 109 V 108 consid. 2a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2),

qu'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 et si tel n'est pas le cas, liquider

l'affaire d'entrée de cause sans autres investigations par un refus d'entrée en matière,

qu'à 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,

qu'elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114),

que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.),

qu'eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI 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] ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.),

qu'ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision 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, cela présupposant que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de

nature à rendre plausibles les faits allégués et que 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 ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 et la jurisprudence citée),

qu'en l'espèce, à l'appui de sa demande, la recourante a produit un rapport médical, savoir une attestation médicale de la Dresse F._____,

que l'OAI a invité la recourante par lettre du 6 décembre 2012 à produire dans un délai de 30 jours un rapport médical détaillé ou à apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision,

que dans ce même courrier, elle a été dûment avertie que sans nouvelles de sa part ou si les éléments apportés entre-temps ne renfermaient rien de nouveau, l'OAI devrait considérer qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et qu'une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée,

que la recourante n'a produit aucune pièce devant l'autorité administrative,

que la Cour de céans doit dès lors examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué,

qu'en conséquence, les pièces nouvelles produites en procédure de recours tel le rapport médical du Dr W._____ ne peuvent être prises en compte,

que l'attestation de la Dresse F._____, seule pièce médicale à disposition de l'OAI lorsqu'il a rendu la décision attaquée, mentionne une incapacité de travail totale dans toute profession sans autres explications,

que cette attestation ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 9 septembre 2010,

que la recourante n'a pas produit d'autres pièces attestant d'une modification de sa situation personnelle,

que la décision de refus d'entrée en matière rendue par l'OAI est ainsi justifiée,

qu'au vu de ce qui précède, le recours paraît manifestement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté et la décision du 4 juin 2013 confirmée ;

attendu que la recourante a demandé l'assistance judiciaire, dans le cadre de son recours, en ce sens qu'elle soit exonérée des frais judiciaires et qu'elle puisse bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Georges Reymond,

qu'en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés,

qu'au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès,

qu'une personne raisonnable aurait vraisemblablement renoncé à engager une telle procédure compte tenu des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter,

que dans ces conditions, l'assistance judiciaire doit être refusée,

que le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire déposée le 10 juillet 2013 est rejetée.
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Georges Reymond, avocat (pour H. _____),
- 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).

Le greffier :