

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Pasche, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

X._____, à **V.**_____, recourant, représenté par Inclusion Handicap, à
Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. X._____ (l'assuré) a grandi et vécu en Colombie depuis sa naissance en 1964. Disposant de la nationalité suisse, il est arrivé en Suisse le 15 décembre 2008. Horloger de profession, il émargeait à l'assurance-chômage depuis son arrivée en Suisse.

Le 15 août 2009, X._____ a été victime d'un accident (chute dans un escalier) qui a occasionné un traumatisme cranio-cérébral modéré et une fracture de la facette articulaire supérieure de C7 à droite. Souffrant de séquelles fonctionnelles au niveau des cervicales, il a, sur les conseils de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), déposé le 6 août 2010 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a requis des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assuré, soit le Dr R._____, spécialiste en neurologie (rapports des 15 octobre 2010, 4 avril 2011 et 27 mars 2012, dans lesquels il faisait plus particulièrement état de cervicalgies persistantes relativement invalidantes) et fait verser à la procédure le dossier constitué par la CNA. Dans le cadre de la prise en charge de ses problèmes, il a notamment bénéficié de deux séjours à la Clinique F._____ (du 20 octobre au 7 décembre 2010 et du 4 au 25 septembre 2012 pour une réadaptation neurologique en raison d'une atteinte sensitive du membre supérieur droit ainsi que de cervico-scapulalgies droites chroniques).

X._____ s'est vu allouer par l'assurance-invalidité plusieurs mesures d'ordre professionnel dans le domaine de l'horlogerie. Souffrant de douleurs dans la région cervicale et la ceinture scapulaire, de faiblesse dans les membres supérieurs et d'une grande fatigabilité, il n'a pas été en mesure, malgré des prédispositions favorables, de réintégrer le monde du travail.

Considérant que X._____ disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la CNA a alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (décision du 28 novembre 2012), puis une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 18% (décision du 22 juin 2015).

Pour sa part, l'office AI a, dans un projet de décision du 24 octobre 2014, informé X._____ qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} février au 31 juillet 2011. Puis, dans un projet de décision du 18 mai 2015, annulant et remplaçant celui du 24 octobre 2014, l'office AI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations, motif pris qu'il ne comptait pas, au moment de la survenance de l'invalidité (fixée au 1^{er} août 2010), au moins trois années de cotisations au régime de l'AVS/AI. Par décision du 23 juin 2015, l'office AI a confirmé la teneur de son projet de décision du 18 mai 2015.

B. Le 28 janvier 2016, X._____ a déposé auprès de l'office AI une nouvelle demande de prestations. A l'appui de celle-ci, il a déposé un certificat médical établi le 11 février 2016 par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, faisant état d'un syndrome du défilé thoraco-brachial.

Dans un avis du 2 juin 2016, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué que ce certificat ne fournissait aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé.

Par projet de décision du 16 juin 2016, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 juin 2015.

Représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 29 septembre 2016, en faisant valoir que c'était à tort que l'office AI avait considéré que l'aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible, dans la mesure où le Dr H._____ avait posé un nouveau diagnostic dans son certificat du 11 février 2016. L'assuré a joint à son courrier un rapport médical du Dr H._____ du 5 juillet 2016, dans lequel ce praticien indiquait qu'en présence d'éléments diagnostics nouveaux, la capacité de travail devait faire l'objet d'une nouvelle appréciation.

Le 12 octobre 2016, le Dr Q._____ a maintenu que le diagnostic posé par le Dr H._____ ne constituait pas un élément médical nouveau.

Par décision du 14 novembre 2016, l'office AI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, car celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de rente entrée en force du 23 juin 2015.

C. Par acte du 16 décembre 2016, X._____ a formé recours devant la Cour de céans contre cette décision, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi à l'office AI pour que celui-ci entre en matière sur la nouvelle demande de prestations et instruisse la cause. En substance, il reprochait à l'office AI d'avoir méconnu l'existence d'une nouvelle affection qui entraînait des limitations fonctionnelles plus conséquentes que celles retenues par les médecins s'étant précédemment exprimés.

Dans sa réponse du 16 janvier 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'existait aucun élément qui rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, une modification de l'exigibilité susceptible d'influer sur ses droits aux prestations d'assurance.

Malgré la production par l'assuré de prises de position du Dr H._____ datées des 3 février 2017 et 13 mars 2017, l'office AI n'a pas modifié son point de vue par la suite (duplique du 27 février 2017 et déterminations du 10 avril 2017).

Par courrier du 27 septembre 2017, le Juge instructeur a informé les parties qu'il envisageait, eu égard aux motifs qui avaient donné lieu au rejet de la première demande de prestations, d'examiner le bien-fondé de la décision attaquée sous l'angle de la jurisprudence en matière d'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) des décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale et imparti à ce titre un délai au 12 octobre 2017 pour qu'elles déposent leurs déterminations éventuelles.

Dans ses déterminations du 5 octobre 2017, l'office AI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à émettre sur le sujet.

Dans ses déterminations du 12 octobre 2017, X._____ a expliqué que les symptômes à l'origine du nouveau diagnostic posé par le Dr H._____ étaient survenus à la fin du mois de septembre 2015, soit plus de quatre ans après le début de la capacité totale de travail constatée par l'office AI, et n'étaient pas en lien avec l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail. Il n'existait donc ni lien factuel ni lien temporel avec la première atteinte à la santé et la première incapacité de travail limitée dans le temps.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 28 janvier 2016.

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, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de

prestations 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 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 3^e éd., 2014, n. 51 ad art. 30-31 LAI).

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). 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette

autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires; ATF 128 V 39). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande. En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références; voir également Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 138 ad art. 4 LAI).

Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références).

4. a) Il convient de rappeler tout d'abord que la première demande de prestations (du 6 août 2010) a été rejetée pour le seul et unique motif que le recourant ne comptait pas, au moment de la survenance de l'invalidité (fixée au 1^{er} août 2010), au moins trois années de cotisations au régime de l'AVS/AI (décision du 23 juin 2015). Conformément à la jurisprudence précitée, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ou de nouvelle demande ; il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en

présence d'un nouveau cas d'assurance. En d'autres termes, le recourant ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité qu'en relation avec un nouveau cas d'assurance, à savoir la survenance d'une atteinte à la santé qui ne présente aucun lien matériel et temporel avec celle qui prévalait au moment du premier refus et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année.

b) En l'occurrence, il convient de constater que l'aggravation de l'état de santé du recourant signalée par le Dr H. _____ dans son certificat médical du 11 février 2016 fait suite à une interruption notable de l'incapacité de travail, dès lors qu'il a été constaté par une décision entrée en force que le recourant disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2011. Le Dr H. _____ a indiqué dans ses différents rapports que le recourant souffre actuellement d'un syndrome du défilé thoraco-brachial qui limite la capacité de travail de son patient de 50%. Ce médecin a notamment précisé dans le certificat médical qu'il a rédigé le 11 février 2016 que ce syndrome était dû à une hypertonie musculaire compensatrice développée dans le cadre des séquelles d'une radiculopathie C7 droite. Contrairement à ce que retient le SMR dans son avis du 12 octobre 2016, aucune pièce médicale antérieure au certificat médical établi le 11 février 2016 par le Dr H. _____ ne fait mention d'un syndrome du défilé thoraco-brachial. Il convient à cet égard de souligner que la recherche d'un tel syndrome s'était avérée négative au mois de mars 2014 (rapport du Dr H. _____ du 21 mars 2014). Fort de ces constats, il apparaît particulièrement audacieux, au regard des brèves explications fournies par le SMR, d'affirmer que cette affection aurait déjà été prise en compte au cours de précédentes évaluations. En présence d'une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influer la capacité de travail et, partant, la capacité de gain du recourant, l'office intimé aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande.

5. a) Bien fondé, le recours doit être admis. La décision rendue le 14 novembre 2016 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée

à l'office intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé.

c) Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 fr. (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 admis.
- II.** La décision rendue le 14 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour X. _____),
- 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 :