

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Dormond Béguelin, assesseuse et Mme Brélaz
Braillard, juge
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représentée par Me Venturelli, à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 1 LAI, art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) Le 19 décembre 2002, K. _____ (ci-après ; l'assurée ou la recourante) a été victime d'un accident de la circulation, à la suite duquel elle a présenté des troubles psychiques et neuropsychiques.

b) En date du 28 août 2008, K. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après ; l'OAI ou l'intimé).

Durant l'instruction, l'assurée a bénéficié de différentes mesures d'ordre professionnel. A titre de mesure de reclassement, elle s'est notamment vu allouer une formation d'assistante de bureau d'une durée de deux ans, au terme de laquelle elle s'est vu remettre une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP). En raison des séquelles dues à son accident, elle a effectué son cursus à un taux d'activité de 80%.

Par décision du 12 décembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière entre le 1^{er} décembre 2003 et le 30 avril 2004. L'OAI a ensuite retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 7 janvier 2004 ; le degré d'invalidité a été fixé à 28% dans un premier temps, puis à 20% au terme de la mesure de reclassement.

K. _____ n'a pas fait recours contre cette décision.

Dès le mois de mai 2014, l'assurée a été employée comme secrétaire auprès de l'entreprise N. _____, à [...], à un taux d'activité de 50%. Les rapports de travail se sont poursuivis jusqu'au 31 mars 2017, date à laquelle l'assurée a été licenciée pour des raisons économiques.

c) Par courrier du 19 avril 2016, K. _____ a, par l'intermédiaire de son conseil, requis la révision de la décision du 12

décembre 2013. Elle a allégué que son état de santé s'était péjoré. A l'appui de sa demande, elle a produit deux rapports médicaux établis par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, psychiatre-conseil auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA).

Dans le premier rapport médical daté du 18 mars 2015, le Dr [...] a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2). Sur demande de l'intéressée, le médecin a contacté Mme D._____, directrice adjointe de N._____, alors employeur de l'assurée. De leur entretien, le Dr M._____ en a rapporté les éléments suivants :

L'apprentissage de son nouveau travail a été exceptionnellement long et a demandé une présence pédagogique continue, due aux difficultés de concentration, de mémorisation et d'automatisation des procédures. Des manuels spécifiques n'ont été établis que pour l'assurée. Actuellement, elle réussit dans les tâches qu'elle répète tous les jours mais il suffit d'une absence telle que deux semaines de vacances pour que tout le savoir-faire disparaisse. Le réapprentissage se fait alors plus vite que la première fois. Il lui arrive aussi de bloquer dans une procédure et de ne même plus se souvenir qu'il existe un manuel.

Selon Mme D._____, l'assurée présente des moments d'absence mentale. Sous stress, elle oublie facilement une des tâches qu'elle doit enchaîner rapidement. Le taux de rendement est estimé à 70 % à 80 % d'efficacité. Par ailleurs, l'assurée est appréciée, elle serait charmante, avec un contact excellent avec les clients. Sa place au sein de l'entreprise est garantie.

Concernant la capacité de travail de l'assurée, le médecin a retenu les éléments suivants :

Capacité de travail : avec un cadre aménagé, dans une entreprise qui applique une politique d'intégration de personnes avec une certaine limitation de performance, l'assurée a réussi à atteindre un taux de travail de 50% avec un rendement d'environ 75%. Il s'agit très probablement du maximum qu'elle peut espérer réussir, vu le temps dévolu depuis l'accident et vu l'entourage professionnel, familial et thérapeutique déjà très favorable.

Dans le deuxième rapport daté du 1^{er} février 2016, le Dr M._____ a précisé son appréciation de la manière suivante :

On s'aperçoit que ce sont les séquelles psychopathologiques de l'accident, soit surtout une grande fatigabilité ainsi qu'une difficulté d'attention, de concentration et de mémoire, qui se répercutent de façon significative sur plusieurs aspects et critères de la capacité de fonctionner dans un emploi. En première ligne c'est la capacité d'endurance qui est hautement et durablement affectée. Grâce à une bonne capacité d'affirmation de soi, de contact avec des tiers et d'intégration dans un groupe, l'assurée réussit à dépasser jusqu'à un certain point les limitations multiples dont elle souffre.

Lors de l'examen effectué en mars 2015, l'assurée travaillait à 50 % avec un rendement d'environ 75 %, ceci dans des conditions de travail assez idéales et avec une motivation personnelle d'un bon niveau et un traitement psychiatrique intégré adéquat et continu. Les éléments disponibles permettent de conclure que l'assurée a atteint le maximum de son potentiel et qu'elle n'arrivera pas à dépasser dans le futur le taux de travail et le rendement actuels. En plus, l'assurée travaille dans un domaine qui correspond à l'exigibilité.

Le 17 mai 2016, K._____ a formellement déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Dans un avis médical SMR du 31 mars 2017, le Dr V._____, médecin praticien, et la Dresse Z._____, médecin praticienne, se sont prononcés sur les rapports médicaux établis par le Dr M._____. Ils ont retenu les éléments suivants :

Au total, le Dr M._____ indique que ces difficultés professionnelles reposeraient sur des troubles de l'attention et de la concentration comme le mentionnait déjà le bilan neuropsychologique de 2009.

Il conclut à une CT (capacité de travail) comme assistante de bureau de 50% avec un rendement de 75%.

Cependant, notons qu'en 2010, le bilan faisait déjà état de troubles sévères de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives or le Dr M._____ en fait une estimation.

CONCLUSION : REFUS D'ENTRER EN MATIERE

Sur le plan diagnostique, le RM (rapport médical) du 2.5.16 du Dr M._____, psychiatre-conseil à la SUVA, décrit un syndrome post-commotionnel comme avant lui en 2009 le Dr C._____ puis la Dresse R._____ en 2010. Les troubles de l'attention et de la mémoire qu'il décrit, ont fait l'objet d'investigations précises lors d'un bilan neuropsychologique en 2010 (examen neuropsychologique, Mme L._____ 28.9.10) sur lesquelles est fondé l'avis SMR octroyant une capacité de travail adaptée comme assistante de bureau à 75% avec baisse de rendement de 25% (avis SMR, 02.09.11).

Les troubles cognitifs étaient donc connus et explorés lorsque le SMR a rendu son avis en 2011. Le RM du Dr M. _____ est donc une appréciation différente d'un même état de fait.

Sur le plan de la gravité des troubles, elle est basée sur l'appréciation du Dr M. _____ qui décrit des troubles cognitifs corroborant les résultats de l'expertise de 2010 (*RM SUVA - Dr M. _____, psychiatre conseil, 20.4.15 citant examen neuropsychologique, Mme L. _____ 28.9.10*) qui a servi de bases aux décisions de l'AI.

Il serait paradoxal d'annoncer une aggravation de ses troubles alors que la patiente a depuis repris la conduite automobile mais aussi suivi un enseignement « académique » (cf. bulletin de notes 1.2.13) alors que ceci semblait impossible, voir contre-indiqué, vu les déficits cognitifs constatés par Mme L. _____, neuropsychologue (*RM SUVA - Dr M. _____, psychiatre conseil, 20.4.15 citant Examen neuropsychologique, Mme L. _____ 28.9.10*).

Par la suite, sans jamais recourir à des mesures spécifiques de neuro-réhabilitation, elle a pu normaliser une évaluation neuropsychologique standard en 2014 comparable dans le mode exploratoire à celle de 2010 et accéder à une bonne intégration socio-professionnelle (cf. mini-CIF-APP).

Par ailleurs, aucune nouvelle comorbidité psychiatrique n'est mise à jour depuis le précédent avis SMR de 2011.

Ces rapports médicaux ne remettent pas en question notre position médicale de l'époque, ni ne rendent plausibles une aggravation postérieure à l'avis SMR de 2011, ils sont l'appréciation différente d'un état de fait connu lors de l'avis SMR de 2011 fondant la décision de l'AI.

Par décision du 6 juin 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, au motif qu'il n'avait pas pu constater une modification notable de sa situation professionnelle ou médicale.

B. a) Par acte du 10 juillet 2017, K. _____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, déféré la décision du 6 juin 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'OAI était invitée à instruire la demande qu'elle avait déposée, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

L'assurée estimait qu'il ressortait des rapports médicaux du Dr M. _____ que les constatations et observations formulées par l'OAI dans

sa décision du 12 décembre 2013, soit notamment un taux d'incapacité de travail de 20%, étaient valables dans le cadre d'une activité « protégée », mais ne pouvaient pas être transposées dans le marché libre du travail. Pour l'assurée, ce constat constituait une situation nouvelle dès lors qu'elle avait été confrontée au marché du travail avec pour résultat la constatation d'une capacité de travail limitée à 50% avec diminution de rendement. C'était dès lors à tort que l'OAI n'était pas entrée en matière.

b) Dans sa réponse du 8 septembre 2017, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. C'était donc à raison qu'il avait refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante. En tant que l'assurée se prévalait d'un motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'OAI considérait qu'aucune demande de réexamen n'avait été déposée et que, partant, les griefs soulevés à cet égard étaient irrecevables, l'objet de la décision du 6 juin 2017 étant uniquement un refus d'entrer en matière.

c) Répliquant en date du 15 novembre 2017, K._____ a fait valoir que, compte tenu du devoir d'instruction d'office et vu la formulation large de son courrier du 19 avril 2016, c'était à tort que l'OAI avait tenté de se prévaloir de l'absence de demande de réexamen. Elle a par ailleurs requis la production de l'entier du dossier de la CNA et la fixation d'une audience de manière à pouvoir exercer son droit d'être entendue.

d) Dupliquant en date du 5 décembre 2017, l'OAI a conclu à la confirmation de la décision du 6 juin 2017. Il a souligné que l'objet de la décision était un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations et qu'un examen des conditions d'une révision procédurale n'était pas justifié. L'office a retenu que le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée était justifié.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le refus de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 17 mai 2016.

b) Compte tenu de l'objet du litige, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner si les conditions d'une révision procédurale sont remplies. La question de savoir si les rapports du Dr M. _____ constituent des moyens de preuves nouveaux, respectivement s'ils relèvent des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA justifiant une procédure de révision de la décision du 12 décembre 2013 peut demeurer indécidée.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans

sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b).

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. Pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré, l'administration jouit 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure

administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) Dans sa décision du 12 décembre 2013, l'OAI a constaté que la recourante disposait, après qu'elle ait terminé avec succès sa formation en qualité d'assistante de bureau (suivie à un taux de 80%), d'une capacité de travail de 80% (sans diminution de rendement) qu'elle était en mesure de valoriser sur le marché du travail.

b) Selon les observations de la directrice adjointe de l'entreprise N._____, ancien employeur de l'assurée, telles que rapportées par le Dr M._____ dans son rapport du 18 mars 2015, la recourante présentait des difficultés de mémorisation, d'automatisation et de concentration nécessitant une présence pédagogique continue ; ont également été mentionnées des moments d'absence mentale, se révélant

notamment sous stress. En raison de ces difficultés, l'employeur, doté au demeurant de structures permettant d'accueillir des personnes en réinsertion, a rapporté un rendement diminué, compris entre 70 et 80%, alors que la recourante était employée à mi-temps (50%). L'existence de difficultés cognitives est corroborée par les observations du Dr M._____. En effet, dans son appréciation du 18 mars 2015, le médecin fait mention de failles d'attention et de concentration, de blocages de la pensée et des automatismes, d'une grande fatigabilité ainsi que d'un besoin élevé de temps de repos, ce qui l'a conduit à retenir un syndrome post-commotionnel (CIM-10 : F07.2). Les difficultés cognitives et leur influence sur la capacité de travail sont à nouveau décrites dans le rapport complémentaire du 1^{er} février 2016. Les conclusions de l'ancien employeur de l'assurée et celles du Dr M._____ sont également en adéquation sur la question de la capacité de travail, le médecin estimant qu'une capacité de travail de 50%, avec un rendement d'environ 75%, constitue le maximum atteignable pour la recourante. Il se justifie de relever également que, au vu du dossier, il n'existe aucun indice selon lequel la recourante aurait fait preuve de mauvaise volonté ou limité de manière volontaire ses efforts.

c) Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de suivre l'avis SMR du 31 mars 2017. En effet, l'appréciation du SMR n'examine pas de manière concrète l'influence des plaintes de la recourante sur l'exercice d'une activité lucrative, telles que décrites dans les rapports du Dr M._____. Elle se limite à une appréciation superficielle reposant pour l'essentiel sur la comparaison des entités diagnostiques. Ne permettant pas de porter un jugement valable sur la question litigieuse, la position SMR n'est pas à même de mettre en doute les observations rapportées par le Dr M._____.

d) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la confrontation de la recourante avec le marché du travail, dans un environnement qualifié par ailleurs de favorable, ne semble pas avoir permis de confirmer la capacité de travail de 80% retenue initialement par l'intimé dans sa décision du 12 décembre 2013. Cette divergence étant

suffisamment sensible pour jeter un doute sur les possibilités réelles de la recourante de travailler à un taux de 80%, la recourante a rendu plausible une modification des circonstances propre à influencer ses droits. Partant, il est justifié d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante.

5. Au vu de l'issue de la procédure, les mesures d'instruction requises par la recourante, en particulier la tenue d'une audience, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées (ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

6. a) Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'500 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1])

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 6 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 la recourante une indemnité de dépens, fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Venturelli, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :