

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Riesen, assesseur et Mme Röthenbacher, juge
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 43 al. 1 et 46 LPGA, art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après ; l'assurée ou la recourante), née en 1958, est éducatrice sociale de formation. Le 10 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une hépatite C.

Par décision du 18 mai 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après ; l'intimé ou l'OAI) lui a octroyé une rente entière du 1^{er} juin 2009 au 31 octobre 2009. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 29 novembre 2010, se prévalant d'un état dépressif, de douleurs lombaires et d'une fatigue permanente consécutive à l'hépatite C.

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations, l'OAI a requis du Service médical régional (SMR) un examen clinique rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Dans un rapport du 23 septembre 2013, les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics dotés d'une répercussion durable sur la capacité de travail suivants :

- une hépatite C chronique avec cirrhose, thrombopénie, asthénie et polyarthralgies (B 18.2),
- des rachialgies diffuses avec lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec troubles dégénératifs des sacroiliaques (M 54),
- douleurs et limitations fonctionnelles importantes de l'épaule droite dans le cadre d'une capsulite rétractile de l'épaule droite au décours (M 75),
- trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, actuellement décompensé (F 60.31),
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11).

La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle d'éducatrice pour personnes polyhandicapées était nulle. Elle était de 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiques.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, l'assurée a été employée en qualité d'accompagnante socio-éducative au sein de la V._____, à [...], initialement à un taux d'activité de 15%.

Par décision du 18 février 2014, se fondant sur l'examen clinique précité, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2010. Son taux d'invalidité a été fixé à 54%.

Le 31 mars 2017, par le biais d'un questionnaire pour la révision de la rente, F._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a invoqué une modification de son état de santé, apparue depuis une année, sous la forme d'une fatigue accrue, de douleurs articulaires, de troubles du sommeil, d'essoufflements aux moindres efforts ainsi que de difficultés de concentration.

Par courrier du 9 mai 2017, l'OAI a invité l'assurée à fournir, dans les 30 jours, un rapport médical rendant plausible une modification de son degré d'invalidité, ou tout autre élément propre à constituer un élément de révision. Il a indiqué que, à défaut d'un tel document, un refus d'entrer en matière serait notifié à l'intéressée.

Dans un projet de décision du 22 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de révision. Il a considéré qu'il n'avait pas pu constater de modification du degré d'invalidité de l'intéressée.

F._____ ne s'est pas déterminée sur le projet de décision précité.

Par décision du 5 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'assurée. Il a estimé que, afin d'entrer en matière, il était nécessaire que la situation professionnelle ou médicale de l'assurée se soit notablement modifiée. En l'espèce, l'OAI n'avait pas pu constater de telles circonstances.

B. **a)** Par acte de recours daté du 28 septembre 2017, F._____ a déféré la décision du 5 septembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'à l'augmentation de sa rente d'invalidité. L'assurée a allégué une aggravation des symptômes invalidants ainsi que la mise en place d'un nouveau traitement. Elle a également fait valoir qu'elle travaillait actuellement à 30% mais qu'un pourcentage de 20% était souhaitable au vu de sa situation. L'assurée a indiqué que sa psychiatre traitante l'avait placée en arrêt de travail complet depuis le 22 septembre 2017.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit trois rapports médicaux, établis respectivement :

- le 23 mai 2017 par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne,
- le 20 septembre 2017 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique,
- le 25 septembre 2017 par la Dresse Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

b) Le 9 octobre 2017, F._____ a déposé une demande d'assistance judiciaire. Le 10 octobre 2017, le juge instructeur a donné suite à cette demande sous la forme d'une exonération d'avances de frais.

c) Dans sa réponse du 20 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il a souligné que, par courrier du 9 mai 2017, un délai de 30 jours avait été imparti à l'assurée afin de fournir des éléments rendant plausible une éventuelle

modification de son état de santé. Cette requête était restée sans suite. Concernant le rapport établi par le Dr S._____, qui aurait été adressé à l'office le 23 mai 2017, il ne figurait pas au dossier de l'OAI. Au surplus, le rapport en question ne constatait aucune aggravation permettant d'entrer en matière.

d) Répliquant en date du 7 décembre 2017, l'assurée a produit un rapport médical complet du Dr S._____ daté du 5 décembre 2017, un rapport médical du 6 décembre 2017 établi par la Dresse Z._____ ainsi qu'un courrier du 7 décembre 2017 émanant de son employeur.

e) Dupliquant en date du 8 janvier 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a estimé que les arguments développés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision de refus d'entrée en matière.

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 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 (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) 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 31 mars 2017, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force. La conclusion prise par la recourante dans son recours tendant à l'augmentation des prestations de l'assurance-invalidité sort de l'objet de la contestation, lequel est limité à la question du refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

3. a) Selon 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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. Ces exigences permettent à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a).

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_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). 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 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 précité consid. 2.2).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG),

ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (procédure qui figurait auparavant à l'art. 87 al. 3 aRAI ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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 (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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269s.). 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. 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_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

c) Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

d) En conséquence, il ne peut être tenu compte dans le cadre de la présente procédure des rapports médicaux ultérieurs à la décision de l'intimé du 5 septembre 2017, quel que soit leur contenu. Est réservée l'ouverture d'une procédure de révision d'office par l'intimé sur la base de ces rapports. C'est donc uniquement sur la base du rapport du Dr S._____, daté du 23 mai 2017, soit antérieurement à la décision attaquée, qu'il convient de déterminer si une aggravation de l'état de santé de la recourante est rendue plausible.

4. Dans sa réponse au recours, l'OAI a précisé ne jamais avoir été en possession du rapport du Dr S._____ avant sa production dans la présente procédure.

a) Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Selon le Tribunal fédéral, ce fardeau peut être renversé, passant ainsi vers l'assureur, lorsqu'une partie se trouve dans l'impossibilité de fournir une preuve pour des raisons qui incombent à l'autorité. C'est notamment le cas pour des questions de respect des délais, lorsqu'une preuve a été adressée sous pli simple à l'autorité et que, en violation des règles de gestion des actes de procédure, l'enveloppe qui contenait la preuve a été égarée, rendant ainsi la production d'une preuve attestant du respect des délais impossible pour l'autre partie (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1 p. 223). Dans le domaine des assurances sociales, dites règles de gestion sont concrétisées à l'art. 46 LPGA, qui stipule que lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2).

b) En l'espèce, le rapport du Dr S. _____ a apparemment été adressé sous pli simple à l'intimé, de telle sorte que la recourante n'est pas en mesure d'apporter la preuve de sa communication à l'intimé. Par surabondance de droit, dans l'hypothèse d'une réception effective de ce rapport par l'OAI, l'intimé serait tenu pour responsable d'une violation de l'art. 46 LPGA. Comme mentionné précédemment (considérant 4a), une telle violation peut entraîner le renversement du fardeau de la preuve à charge de l'administration. Cependant, force est de constater que la recourante ne s'est pas trouvée dans l'impossibilité subséquente, et imputable à l'OAI, de fournir le moyen de preuve en question. En effet, la procédure devant l'OAI n'étant pas terminée, il incombait à la recourante de réagir au projet de décision du 22 juin 2017. Face à ce projet qui ne citait ni le rapport du Dr S. _____, ni se référait à son contenu, il aurait été possible et exigible de l'assurée de demander à l'OAI de prendre position sur le rapport de son médecin spécialiste, voire la production de son dossier, respectivement de rappeler l'existence de ce rapport à l'OAI. Suite à cette démarche, la recourante, respectivement l'OAI, se seraient rendus compte de l'absence de ce rapport au dossier administratif. La recourante n'a ainsi pas été empêchée de réitérer son offre de preuve en temps utile.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire s'agissant des frais, de sorte que ceux-ci sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 également applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

d) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (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 5 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires, provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- F. _____, recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédérale 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 :