

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Berthoud, assesseur,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

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

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, enseignante de musique, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 avril 2012.

Au terme de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a retenu que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen, sans symptôme somatique. Compte tenu des limitations fonctionnelles induites par cette pathologie, soit des difficultés à gérer le stress, la surcharge de travail, les conflits et l'adaptation aux changements imprévus, l'assurée a été entravée dans sa capacité de travail à des degrés divers dès le 8 août 2011.

Par décision du 3 juin 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 30 avril 2013.

B. Le 21 décembre 2018, D. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle indiquait souffrir de dépression depuis 2011.

Par décision du 13 mai 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. L'office ne constatait aucune modification de sa situation professionnelle, respectivement de son état de santé. Cette décision a fait l'objet d'un recours, déposé en date du 11 juin 2019, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le recours a été retiré le 19 août 2019 (arrêt du 27 août 2019, AI 223/19 - 266/2019).

C. Dans un rapport médical du 17 mai 2019 établi à l'attention de l'OAI, les Drs N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et W. _____, médecin-assistant, ont fait état chez l'assurée d'un trouble de la personnalité, émotionnellement labile de type borderline et d'un trouble

dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ces médecins ont relevé une aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci souffrant d'un isolement social de plus en plus important. L'intéressée était de plus en plus surchargée sur le plan professionnel avec une résistance au stress en forte diminution, ce qui induisait un épuisement physique important. Les Drs N. _____ et W. _____ retenaient une incapacité de travail de 60%, en raison principalement d'une fatigue physique importante et évoquaient les éléments suivants :

Pronostic réservé à défavorable, en raison d'un ensemble de pathologies psychiatriques, important à noter que la patiente souffre d'une dépression depuis son adolescence avec une longue période de trouble alimentaire sous forme d'anorexie mentale sévère.

La patiente est suivie au niveau psychiatrique depuis son adolescence et prend des antidépresseurs depuis de nombreuses années.

Remarque : Madame D. _____ est une personne de bonne volonté qui s'implique beaucoup dans son travail d'enseignante ainsi que dans son rôle de mère de famille.

Elle est compliant au suivi dans notre cabinet et fait tout son possible pour aller mieux. Dans ce contexte, nous constatons que Madame D. _____ a clairement atteint ses limites quant à sa capacité de travail.

Le 29 juillet 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport médical du 8 avril 2019 établi par le Dr H. _____, spécialiste en cardiologie. Ce dernier retenait une tachycardie chez l'intéressée, sans influence directe sur l'état général de l'assurée, qui restait bon. Aucune prise en charge thérapeutique spécifique n'était à envisager.

Par avis médical du 27 août 2019, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par l'intermédiaire de la Dre J. _____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé qu'il n'y avait aucun élément objectif suffisant et pertinent justifiant une entrée en matière tant sur le plan psychiatrique que somatique.

Par projet de décision du 29 août 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

Par courrier du 30 septembre 2019, D._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Yvan Henzer, a présenté une requête de prolongation de délai d'un mois afin de déposer ses déterminations.

Par courrier du 2 octobre 2019, l'OAI a requis du conseil de l'assurée la copie de son mandat le citant comme représentant dans l'affaire en question, respectivement la confirmation que l'intéressée n'était plus représentée par sa protection juridique.

Par décision du 8 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

Par courrier du 22 octobre 2019 adressé à l'OAI, D._____ a contesté la décision du 8 octobre 2019, soutenant qu'elle violait son droit d'être entendue. En effet, l'OAI ne lui avait pas accordé le délai nécessaire afin de se déterminer.

Par courrier du 25 octobre 2019, l'OAI a relevé qu'en l'absence de procuration de la part du conseil de l'assurée, c'était à juste titre que le délai afin de se déterminer n'avait pas été prolongé. Un délai supplémentaire au 8 novembre 2019 a cependant été accordé afin de produire les éléments pertinents à mêmes de justifier l'annulation de la décision précitée.

D. a) Par acte du 13 novembre 2019, D._____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision du 8 octobre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause devant l'OAI. Elle alléguait une violation de son droit d'être entendue, l'OAI ayant émis la décision attaquée en ignorant sa requête de prolongation de délai, la privant ainsi de la possibilité de présenter les preuves pertinentes. Le refus d'entrer en

matière de l'OAI était par ailleurs injustifié, son état de santé s'étant effectivement aggravé comme décrit dans le rapport médical établi par les Dr N._____ et W._____, lesquels estimaient l'incapacité de travail à 60%.

b) Par réponse du 16 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il retenait que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé sur le plan psychiatrique et/ou somatique, susceptible de modifier son droit aux prestations depuis la décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps, entrée en force. Concernant la violation du droit d'être entendu, l'OAI relevait que, dans ses courriers des 2 et 22 octobre 2019, il avait requis la production de la procuration du conseil de l'assurée, document qui n'a pas été transmis. Par ailleurs, un délai supplémentaire a été accordé au 8 novembre 2019 afin de produire toute explication complémentaire. Aucun échange n'étant intervenu par la suite, une violation du droit d'être entendu ne pouvait dès lors être retenue. En tout état de cause, une telle violation serait réparée, l'assurée ayant été en mesure de porter l'affaire devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen.

c) Répliquant en date du 25 mai 2020, l'assurée a renoncé à déposer des observations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Dans un premier moyen de nature formelle, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'office intimé a émis la décision attaquée en ignorant sa requête de prolongation de délai. Elle avait ainsi été privée de la possibilité de produire les preuves pertinentes à l'appui de sa nouvelle demande de prestations et de se déterminer sur le projet de refus d'entrer en matière.

b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux [cf. art. 42 LPGA]). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

c) Dans le cas d'espèce, l'office intimé n'a pas violé le droit d'être entendue de la recourante. En effet, sur la base du courrier adressé le 25 octobre 2019 par l'office intimé au représentant de la recourante, on constate que ce dernier s'est vu offrir la possibilité de déposer ses déterminations jusqu'au 8 novembre 2019, invitation qui incluait l'engagement implicite de l'office intimé de rendre une nouvelle décision en lieu et place de celle du 8 octobre 2019. Dans la mesure où la recourante, singulièrement son représentant, a fait le choix de recourir directement auprès de la Cour de céans plutôt que de faire valoir ses arguments auprès de l'office intimé, elle ne peut plus se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendue.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, respectivement si le droit à une rente d'invalidité a été reconnu sur la base d'un degré d'invalidité inférieur à 70% (art. 28 al. 2 LAI), une 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'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 depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

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 prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer en matière. 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 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 29 juillet 2019. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 3 juin 2015 allouant à la recourante une rente d'invalidité pour une période limitée dans le temps - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 8 octobre 2019, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 8 octobre 2019 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 3 juin 2015.

5. **a)** En l'espèce, force est de constater que les pièces produites par la recourante ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé, susceptible d'influencer ses droits.

b) Sur le plan somatique, singulièrement cardiologique, les pièces médicales rédigées le 8 avril 2019 par le Dr H. _____ n'attestent d'aucune atteinte à la santé susceptible d'influer la capacité de travail de la recourante. En effet, ce médecin constate un bon état général qui ne nécessite aucune prise en charge thérapeutique spécifique.

c) Sur le plan psychiatrique, le rapport établi le 17 mai 2019 par les Drs W. _____ et N. _____ ne contient aucun argument médical, ni indice rendant plausible une modification significative de l'état de santé de la recourante ; les brèves explications données par ces médecins ne permettent pas de discerner une évolution objective - étayée par des éléments cliniques - de l'état de santé psychique de la recourante depuis la décision du 3 juin 2015. Il convient en particulier de souligner que ces médecins font état de facteurs de fragilité (difficultés à gérer le stress et la surcharge de travail) similaires à ceux évoqués dans l'avis établi le 15 janvier 2015 par le SMR, sans qu'une aggravation de la situation ne soit démontrée. Au surplus, il sied de relever qu'ils mentionnent des ressources apparemment préservées, la recourante continuant à s'impliquer dans son travail d'enseignante ainsi que dans son rôle de mère de famille.

d) En définitive, il y a lieu de constater avec l'office intimé que la recourante n'est pas parvenue à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité entre le 3 juin 2015 et le 8 octobre 2019.

6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 8 octobre 2019 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 octobre 2019 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 mis à la charge de D. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yvan Henzer, 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 :