

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 2001, est atteint du syndrome d'Asperger, diagnostiqué en 2005.

Dès 2008, il a notamment bénéficié de mesures de formation scolaire spéciale, octroyées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b) Par décisions successivement rendues dès le 5 juillet 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures professionnelles, sous la forme d'une orientation professionnelle, puis d'une formation professionnelle initiale auprès de la Fondation [...], à [...].

L'assuré a ponctué cette formation par l'obtention, le 30 juin 2020, d'un CFC (certificat fédéral de capacité) d'[...].

c) Par décision du 21 septembre 2021, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente extraordinaire de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} août 2020, considérant qu'il présentait depuis lors un degré d'invalidité de 50 %. Cette décision est entrée en force.

B. a) Par courriel du 20 octobre 2023, indexé par l'OAI le 23 octobre 2023, l'assuré a requis, sans fournir d'autre explication, la « réouverture de son dossier AI ».

Par avis du 24 octobre 2023, accusant réception de la demande de réexamen, l'OAI a invité l'assuré à lui fournir, dans un délai au 24 novembre 2023, les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité.

b) Par projet de décision du 15 décembre 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations. Il a constaté en substance que l'assuré ne lui

avait fait parvenir aucun document propre à justifier un changement de sa situation.

c) Par courriel du 30 janvier 2024, l'assuré a sollicité de l'OAI qu'il lui adresse une copie de son dossier AI, indiquant, sans autre précision, que sa psychologue et son médecin traitant en avaient besoin afin d'évaluer l'évolution de son état de santé.

Le 2 février 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui faisait parvenir, par pli séparé, une copie des pièces administratives et économiques de son dossier. L'assuré était pour le surplus invité à indiquer par écrit les coordonnées du médecin auquel les pièces médicales du dossier pouvaient être transmises.

d) Par décision du 8 février 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, constatant que ce dernier ne lui avait fait parvenir aucun document propre à justifier un changement de sa situation.

C. **a)** Par acte daté du 27 février 2024, remis au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 8 mars 2024, G. _____ a formé un recours contre la décision du 27 février 2024, sollicitant implicitement l'octroi d'une rente entière.

b) Par réponse du 21 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

c) Par réplique du 24 juin 2024, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Le 22 août 2024, l'assuré a communiqué à la Cour de céans le nom de son médecin traitant, à savoir le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, expliquant que ce dernier n'avait jusqu'alors pas eu le temps de traiter son dossier. Il a en outre produit différents rapports médicaux.

d) Par duplique du 19 septembre 2024, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

e) Le 22 octobre 2024, l'assuré a présenté de nouvelles observations.

f) À la suite d'une réorganisation de la composition des différentes cours du Tribunal cantonal, le juge soussigné a repris l'instruction de la présente cause dès le 1^{er} février 2025.

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 le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes

généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) Dans le cas présent, la décision litigieuse du 8 février 2024 fait suite à la demande de révision déposée le 23 octobre 2023 par le recourant. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'éventuelle augmentation de la rente ne peut intervenir au plus tôt qu'à partir du mois où cette demande a été présentée.

3. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assuré le 23 octobre 2023, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de sa situation depuis la décision du 21 septembre 2021 entrée en force.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

5. a) La rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b) (art. 17 al. 1 LPGA).

b) Lorsqu'un assuré dépose une demande de révision, il doit établir de façon plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment 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).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si

nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée 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 la personne assurée 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).

d) 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).

6. a) En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision déposée le 23 octobre 2023 par le recourant.

b) Comme l'a observé l'office intimé, en dépit du délai au 24 novembre 2023 qui lui avait été imparti à cette fin, le recourant n'a pas produit le moindre document à l'appui de sa demande de révision, ni n'a fourni aucun élément de nature à rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité. Il s'en est par ailleurs également abstenu lors de la phase de contestation du projet de décision.

Il ne ressort pas non plus du dossier constitué par l'office intimé qu'à un moment ou à un autre, le recourant aurait sollicité une quelconque prolongation de délai. Il ne se plaint enfin pas, en procédure de recours, que le délai qui lui avait été accordé par l'office intimé aurait été insuffisant.

c) Dans ce contexte, en l'absence de tout élément avancé par le recourant, c'est donc de manière conforme au droit fédéral que l'office intimé n'est, dans les faits, pas entré en matière sur la demande de révision de la rente déposée par le recourant le 23 octobre 2023.

Pour le surplus, en tant que le recourant a fait part, en procédure de recours, de différents éléments concernant l'évolution récente son état de santé, produisant notamment des rapports médicaux, on rappellera que la Cour de céans n'est pas habilitée à en tenir compte à ce stade de la procédure (cf. consid. 5d *supra*). Il appartiendra au recourant de s'en prévaloir, le cas échéant, dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de révision adressée à l'office intimé.

7. a) Mal fondé, le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de G._____.
- 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 :

- G._____,
- 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 :