

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 juin 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       MM. Dind et Neu  
Greffière     :       Mme    Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1966, marié, peintre en bâtiment de formation, a été opéré d'une hernie discale au niveau L5-S1 en 1996. Dans un rapport médical du 30 avril 2003 adressé à [...], assureur-accidents, le Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a indiqué que les suites de l'opération avaient été favorables jusqu'à une chute sur le côté, le 19 décembre 2001, provoquant une récurrence des lombosciatalgies gauches. Ce médecin attestait de la reprise complète du travail le 14 mai 2002, admettant ainsi que le *status quo ante* avait été atteint, tout en mentionnant un nouvel arrêt de travail depuis décembre 2002.

Le 15 septembre 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), indiquant souffrir d'une hernie discale depuis 1996.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations de l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a demandé au médecin traitant, la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport du 17 octobre 2003, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 gauche. Elle relevait que son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 21 décembre 2001 au 8 janvier 2002, puis de 50% jusqu'au 13 mai 2002, suivie d'une nouvelle incapacité de travail totale dès le 12 décembre 2002, laquelle se poursuivait. Dans l'annexe au rapport, elle a indiqué qu'une autre activité pouvait être exigée de l'assuré, à raison de huit heures par jour, sans position debout prolongée ni port de charges.

L'assurance perte de gains [...] a confié un mandat d'expertise au Dr P.\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH. Dans son rapport d'expertise du 10 décembre 2003, dont copie a été transmise à l'OAI, l'expert a posé les diagnostics suivants:

- lombosciatique S1 gauche avec déficit sensitif, réflexe et moteur (à M4), déficit moteur L5 gauche (à M4+) et irritative
  - dysbalances musculaires lombaires
  - troubles statiques avec scoliose à convexité dorsale basse gauche
  - hernie discale L5-S1 gauche
- tabagisme chronique

Au terme de son rapport, l'expert a considéré qu'il existait une excellente corrélation entre les allégations douloureuses de l'assuré et les constatations objectives de l'examen clinique et du bilan radiologique, de sorte que l'arrêt de travail ayant débuté le 12 décembre 2002 lui semblait justifié. Il a conclu que la capacité de travail exigible comme pizzaiolo, ou comme ouvrier dans le génie civil, était nulle et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré présenterait aussi une incapacité de travail totale au vu de son important syndrome lombovertébral, de son syndrome radiculaire irritatif et déficitaire au niveau du membre inférieur gauche et de l'absence d'éléments évocateurs d'une surcharge fonctionnelle qui auraient pu faire suggérer un trouble somatoforme douloureux.

Interpellé par l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH, a retenu dans son rapport médical du 22 juillet 2004 les diagnostics affectant la capacité de travail de lombosciatalgie gauche, après cure de hernie discale L5-S1 gauche en 1996, et d'état anxio-dépressif probable. Se prononçant sur les handicaps fonctionnels dans la dernière activité, il mentionnait une intolérance aux postures statiques ainsi qu'aux mouvements répétitifs, avec composante de rotation, flexion ou de mouvement complexe dans les mêmes quadrants. Dans l'annexe au rapport, le Dr S.\_\_\_\_\_ précisait que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible mais qu'il pouvait être exigé de ce dernier l'exercice d'une autre activité dans un poste sédentaire, évitant les postures statiques ainsi que les mouvements en porte-à-faux.

Relevant que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne précisait pas l'exigibilité dans une activité adaptée, le Service médical régional AI (ci-après: SMR) a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV).

L'expertise médicale a été réalisée le 5 avril 2005 par le Prof. B.\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH. A cette fin, le Dr N.\_\_\_\_\_ a procédé à une radiographie de la colonne lombaire de face et profil, laquelle a mis en évidence une discopathie L5-S1 associée à un rétrécissement du canal lombaire en regard de cette articulation, pas de tassement vertébral, des espaces intersomatiques préservés, un bon alignement des corps vertébraux, pas d'anomalie au niveau des parties molles. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des séquelles de sciatique L5-S1 gauche, présentes depuis 1996, une surcharge fonctionnelle avec signes de non organicité mettant sur la piste d'un trouble somatoforme douloureux, présente probablement depuis la chute survenue en 2001, et un état anxiodépressif probable. Il résumait la situation ainsi, sous la rubrique "appréciation du cas":

"Au vu de la situation actuelle où le patient, qui marche en boitant, est même incapable de se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons, sans osciller et risquer de chuter, je pense qu'une reprise du travail immédiate est parfaitement impossible.

Le pronostic sur un plan somatique est excellent, puisqu'il n'y a en fait que des séquelles lointaines d'un déficit neurologique S1 gauche. La mobilité lombaire n'est guère restreinte; le patient craint fortement les mouvements et c'est ainsi que lorsqu'il essaie activement de lever les bras, il doit s'arrêter dès 90°. De nombreuses discordances existent donc entre les plaintes et l'état clinique objectif. Une reprise de travail devrait être envisagée, mais évidemment dans un délai qui ne peut être précisé actuellement."

Se prononçant sur les influences sur la capacité de travail, le Prof. B.\_\_\_\_\_ ne retenait pas de limitation fonctionnelle sur le plan physique et relevait, sur le plan psychique, l'incapacité de l'expertisé d'écrire et de lire le français. Il mentionnait que, si l'on s'en tenait à l'examen clinique rhumatologique, la capacité résiduelle de travail devrait être totale, précisant que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible

mais avec une diminution de rendement de 25% environ au début, en raison de la grande lenteur du patient et de sa crainte à bouger.

Au terme de son rapport, le Prof. B. \_\_\_\_\_ retenait que, dans le cadre d'une activité adaptée, comme aide dans la confiserie ou la boulangerie, l'assuré devrait pouvoir rester assis et debout en alternance, exercer l'activité huit heures par jour, avec une diminution de rendement de 25% au début.

Dans un avis médical du 20 mai 2005, le SMR, par le Dr O. \_\_\_\_\_, a exposé que le Prof. B. \_\_\_\_\_ évoquait des diagnostics du ressort d'une évaluation psychiatrique (surcharge fonctionnelle ou trouble somatoforme douloureux et état anxio-dépressif probablement) de sorte qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. De ce fait, par communication du 9 février 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'une nouvelle expertise médicale serait réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH.

L'expertise, réalisée le 30 avril 2007, n'a mis en évidence aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Un trouble somatoforme (F45) et des séquelles de sciatique L5-S1 gauche, présentes depuis 1996, ont été diagnostiqués comme sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué ne pas avoir décelé, chez l'assuré, de signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité. Il a ajouté que l'assuré présentait de très légers signes d'anxiété et d'un état dépressif à mettre en relation avec un état mixte anxiodépressif qui lui semblait être la manifestation de l'évolution d'un trouble somatoforme, mais que ce trouble n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique. Il a conclu que du point de vue psychiatrique, l'assuré était capable de travailler à 100%, en faisant des métiers simples.

Dans le rapport d'examen SMR du 29 juin 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_, chirurgie FMH, a considéré que, sur le plan rhumatologique, il n'existait aucune limitation fonctionnelle, l'exigibilité étant entière dans

toute activité permettant l'alternance des positions, et, sur le plan psychique, il n'y avait aucun trouble ayant valeur de maladie. Partant, l'assuré avait une pleine exigibilité dans l'activité antérieure ou dans toute autre activité permettant l'alternance des positions.

Le 19 septembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans lequel le droit à un reclassement et à une rente lui était dénié, au motif que, selon les renseignements médicaux en sa possession, le degré d'invalidité retenu (10%) n'ouvrait pas le droit à des prestations AI.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 17 octobre 2007, reprochant à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'expertise médicale du Dr P.\_\_\_\_\_. Il joignait à son écriture un rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2007 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, dont la teneur était la suivante:

"La conclusion d'une capacité de travail complète comme pizzaiolo ne se justifie pas, le patient ayant tenté de reprendre ce poste, même à 50%, sans succès. En effet, ce travail nécessite le maintien d'une position debout durant de nombreuses heures, ainsi que des mouvements de rotation du tronc qui ne sont pas exigibles en raison de l'important syndrome lombo-vertébral et du syndrome radiculaire et déficitaire du membre inférieur gauche que présente M. H.\_\_\_\_\_. La situation médicale ne s'est pas améliorée depuis 2005, elle a plutôt tendance à se péjorer sur le plan somatique et à se compliquer actuellement d'un état dépressif."

Dans un avis SMR du 16 novembre 2007, les Drs T.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR Suisse romande, ont indiqué qu'au terme de son expertise, le Dr P.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de l'assuré et estimait un reclassement professionnel envisageable dès que l'état clinique serait amélioré. Un peu moins de deux ans plus tard, une nouvelle expertise a été réalisée par le Prof. B.\_\_\_\_\_, lequel décrivait un expertisé en excellent état général et au status rassurant, ce qui contrastait avec le status du Dr P.\_\_\_\_\_. Les médecins du SMR ont dès lors constaté qu'il s'agissait d'une amélioration objective qui justifiait l'appréciation de la capacité de travail et ont admis une incapacité de travail totale depuis le 12 décembre

2002. Dans la mesure où il leur paraissait impossible de situer exactement depuis quand l'assuré était à nouveau capable de travailler, ils ont proposé de retenir la date de la consultation du Dr S.\_\_\_\_\_ qui estimait qu'une activité était exigible, soit mars 2004.

Sollicité par l'assuré, l'OAI l'a informé par courrier du 12 décembre 2007 qu'il allait examiner les éléments qu'il avançait et que des mesures d'instructions complémentaires seraient peut-être nécessaires.

Le 12 février 2008, un nouvel avis SMR a été émis par le Dr R.\_\_\_\_\_, anesthésiologie FMH. Relevant une discordance entre le comportement de l'assuré et les éléments objectifs (examen clinique et paraclinique), il indiquait que ce n'était que pour des raisons subjectives que le Prof. B.\_\_\_\_\_ émettait un doute quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 15 février 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps. L'argumentation suivante y était développée:

"Depuis le 12 décembre 2002 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

S'agissant de l'aspect médical, vous avez été examiné une première fois par le Docteur P.\_\_\_\_\_ pour le compte de [...]. Le Docteur P.\_\_\_\_\_ concluait lors de son expertise effectuée en date du 2 décembre 2002 à une incapacité de travail totale comme pizzaiolo ou comme ouvrier génie civil. Dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, une incapacité de travail complète était également préconisée en raison de l'important syndrome lombovertébral radiculaire irritatif et déficiataire au niveau du membre inférieur gauche. L'expert indiquait également que le pronostic dépendra d'une nouvelle évaluation rhumatologique qui devrait être pratiquée dans un milieu universitaire. Il suggérait que vous soyez adressé au Docteur S.\_\_\_\_\_.

Nous avons par la suite interrogé le Docteur S.\_\_\_\_\_. Ce dernier, suite à un consilium pratiqué en mars 2004, indiquait qu'une reprise de travail dans une activité sédentaire évitant les positions statiques et en porte à faux était possible.

Afin de clarifier la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, nous avons mis sur pied une nouvelle expertise rhumatologique effectuée par le Docteur B.\_\_\_\_\_ en date du 21

avril 2005. Ce dernier décrit un excellent état général ainsi qu'une trophicité musculaire normale. Il n'y a pas de bascule du bassin. Le status est très rassurant; il n'y a pas d'atteinte motrice no sensitive, seul le réflexe achilléen est diminué. Ces conclusions contrastent avec le status décrit par le Docteur P. \_\_\_\_\_ deux années auparavant. Force est de constater que nous sommes en présence d'une amélioration objective de votre état de santé qui justifie l'appréciation de la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles.

Cette capacité de travail est exigible au moins depuis le mois de mars 2004, soit lors du consilium fait par le Docteur S. \_\_\_\_\_ qui avait permis de mettre en évidence la reprise d'une activité adaptée.

D'un point de vue psychiatrique, l'expertise réalisée n'a pas permis de constater une quelconque atteinte de nature à nuire à votre capacité de travail.

En conclusion, à l'échéance du délai de carence, le 12 décembre 2003, vous présentez une incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui justifie le versement d'une rente entière de notre assurance.

Depuis le mois de mars 2004, votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

[...]

Conformément à l'article 88a du règlement sur l'assurance invalidité (RAI), la rente doit être supprimée le 1<sup>er</sup> juillet 2004, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé.

Notre décision est par conséquent la suivante:

A partir du 1<sup>er</sup> décembre 2003, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% est reconnu jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2004."

S'agissant de la période postérieure au mois de mars 2004, l'OAI a calculé le degré d'invalidité en se référant aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique et a retenu un degré d'invalidité de 9.99%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré n'ayant fait valoir aucune objection dans le délai imparti, l'OAI a intégralement confirmé son préavis par décision du 29 août 2008. Une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 30 juin 2004 lui a dès lors été accordée. Cette décision est entrée en force.

**B.** Le 30 juin 2008, l'assuré a adressé un courrier à l'OAI, aux termes duquel il requérait la révision de son dossier en raison d'une aggravation de son état de santé, attestée par le Dr S.\_\_\_\_\_. Il joignait à son envoi le rapport médical de ce spécialiste daté du 25 juin 2008 et adressé à la Dresse L.\_\_\_\_\_, dont la teneur était la suivante:

"J'ai revu l'ensemble des documents disponibles, en particulier ceux suivant la période de 2004-2005. J'ai revu également l'expertise de notre confrère le Professeur B.\_\_\_\_\_, sur laquelle s'est basée l'AI pour donner une rente partielle. Je relève que les conclusions de l'Office AI sur la base de l'expertise sont quelque peu "liftées", le Professeur B.\_\_\_\_\_ s'exprime uniquement sur le plan rhumatologique et non pas sur le plan fonctionnel global, d'une part, d'autre part il émet quelques réserves quant au délai à partir duquel la capacité de travail théorique qu'il reconnaît au patient pourrait être définie.

Lorsqu'on reprend l'histoire depuis 2005, en particulier, comme je l'ai mentionné dans le courrier que je vous ai adressé le 15 mai, je relève qu'il existe une aggravation à l'imagerie qui est indiscutable, sous forme de contrainte anormale sur la racine S1 et que cette situation est largement à même d'expliquer les douleurs persistantes de Monsieur H.\_\_\_\_\_.

Dans ce contexte et sans rentrer dans les différents éléments de controverse concernant les documents disponibles, en particulier mes rapports, celui du Dr P.\_\_\_\_\_ et celui du Professeur B.\_\_\_\_\_, il est évident que Monsieur H.\_\_\_\_\_ doit déposer une nouvelle demande, qui permettra de relancer son dossier en argumentant les choses sur la base d'éléments nouveaux et inconnus au moment de la décision combattue."

Dans une correspondance du 3 juillet 2008, l'OAI a laissé le soin à l'assuré de déposer une nouvelle demande, au moyen du formulaire "demande de prestations AI pour adultes". H.\_\_\_\_\_ lui a adressé dite demande le 9 juillet 2008, précisant requérir une rente. L'OAI en a accusé réception le 15 septembre suivant, tout en informant l'assuré que la nouvelle demande était en cours d'instruction auprès du SMR.

Dans un avis SMR du 9 octobre 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné qu'au vu des éléments avancés dans la lettre du Dr S.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2008, il convenait d'instruire le dossier.

Après examen du rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu, dans un avis SMR du 20 novembre 2008, qu'il n'y avait pas d'élément véritablement nouveau de nature à modifier sa position. Il relevait que le reproche selon lequel le Prof. B.\_\_\_\_\_ ne se serait prononcé que sur le plan rhumatologique était dénué de sens, arguant qu'un rhumatologue mandaté comme expert devait se prononcer sur des critères rhumatologiques, et que le SMR s'était correctement acquitté de son devoir d'instruction par le biais de deux expertises rhumatologiques successives et d'une expertise psychiatrique. Il ajoutait au demeurant s'être fondé sur une appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ pour établir la date de reprise d'une activité adaptée. Il s'interrogeait par ailleurs sur les constatations de ce spécialiste qui retenait une aggravation à l'imagerie "*lorsqu'on reprend l'histoire depuis 2005*", compte tenu du fait que le dossier ne contenait aucun document d'imagerie postérieur à 2005 et que les limitations fonctionnelles ne pouvaient se lire sur une image radiologique. Il concluait que l'expertise du Prof. B.\_\_\_\_\_ pouvait être qualifiée de probante et que le courrier du Dr S.\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'élément de nature à convaincre d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Par préavis (projet de décision) du 4 décembre 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, alléguant ce qui suit:

"Votre précédente demande de prestations vous a donné droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 30 juin 2004 selon notre décision du 29 août 2008. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. C'est pourquoi une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'est pas possible."

L'assuré, désormais représenté par Me Jean-Pierre Bloch, s'est opposé au projet de décision et a fait valoir, par courrier du 16 janvier 2009, son droit à des prestations AI en raison de la péjoration de son état de santé. Il joignait à son écriture un certificat médical de la Dresse

L.\_\_\_\_\_ établi le 9 janvier 2009. Après une brève anamnèse, elle mentionnait une acutisation importante des douleurs en décembre 2002, justifiant un arrêt de travail total, l'inefficacité du traitement médicamenteux et de la physiothérapie, les consultations chez plusieurs spécialistes et l'absence d'amélioration de l'état de l'assuré à la suite des divers traitements prescrits (anti-dépresseurs, physiothérapie). Elle ajoutait que la dernière IRM effectuée en 2007 faisait apparaître une aggravation de la situation, avec une gangue fibreuse au niveau de la racine S1 gauche pouvant expliquer la symptomatologie. Elle arguait que malgré un traitement d'anti-douleurs et anti-inflammatoires, ainsi que des séances de physiothérapie, l'état de l'assuré ne s'améliorait en aucune façon.

Dans un avis SMR du 10 février 2009, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que le courrier de la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'élément de nature à modifier la position du SMR. Il mentionnait que le rapport d'IRM en question n'avait pas été transmis à l'OAI et répétait que les limitations fonctionnelles ne se déduisaient pas des résultats d'une imagerie. Au terme de son avis, il relevait que la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne décrivait pas le status ni les limitations fonctionnelles.

Par décision du 8 juillet 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 4 décembre 2008. Une lettre explicative, adressée le même jour à l'assuré, retenait en particulier que le rapport médical du 9 janvier 2009 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ avait fait l'objet d'un examen approfondi par le SMR et que ce dernier avait conclu que dit rapport ne contenait pas d'éléments de nature à modifier sa position.

**C.** L'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette décision par acte de son mandataire du 14 septembre 2009, en concluant, sous suite de dépens, à ce qu'elle soit "rapportée", l'Office intimé étant invité à reprendre l'instruction de son cas. Il fait valoir qu'il ne peut plus exercer son métier, ni aucun autre, en raison de son atteinte au dos, et joint le rapport médical de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2009. Il

mentionne en outre une connotation psychiatrique, précisant faire l'objet d'un traitement initié au Service de psychiatrie du CHUV, et estime être fondé à obtenir une rente AI. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médico-psychiatrique destinée à déterminer sa capacité de travail, à supposer qu'elle existe.

Par courrier du 3 novembre 2009 à la Cour de céans, l'assuré produit un certificat médical de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2009 ainsi qu'un rapport du département de psychiatrie du CHUV du 23 septembre 2009, et sollicite la transmission de ces pièces à l'intimé afin de déterminer si elles sont propres à lui faire revoir sa décision.

La Dresse L. \_\_\_\_\_ mentionne une augmentation des douleurs ayant nécessité une hospitalisation pour antalgie en février 2008, plusieurs injections de corticoïdes et la prescription d'opiacés dès 2009, et indique que cette situation influence de façon importante la santé psychique du recourant, lequel a développé un état dépressif motivant une prise de contact avec un psychiatre et un traitement par anti-dépresseurs. Elle rappelle le contenu du rapport du Dr S. \_\_\_\_\_, retenant une aggravation indiscutable lors de la comparaison des images de 2007 avec les clichés précédents.

Dans leur rapport du département de psychiatrie du CHUV, les médecins se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant du point de vue psychiatrique. Ils estiment que l'épisode dépressif actuel, notamment la présence des ruminations et de l'insomnie, entraîne une diminution partielle du rendement à court terme, précisant qu'il s'agit de symptômes qui répondent généralement bien à la pharmacothérapie, de sorte qu'une nouvelle évaluation de la capacité de travail devra s'effectuer après l'introduction du traitement.

Dans sa réponse du 7 décembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours. S'agissant de la conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise médico-psychiatrique, il la considère comme irrecevable au motif que, selon la jurisprudence, l'examen par le juge des assurances est

limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. S'agissant des rapports des Drs S.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ des 30 juin 2008 et 9 janvier 2009, l'OAI estime qu'ils ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, précisant que ces médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail ni n'indiquent en quoi celle-ci serait péjorée au point de modifier le degré d'invalidité. Il conclut qu'au moment de la décision contestée, le recourant n'a pas rendu plausible que sa capacité de travail avait été réduite de façon à modifier la degré de son invalidité, de sorte que le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande se justifie.

Le 15 juin 2010, le recourant produit deux certificats médicaux établis les 24 mars et 3 juin 2010 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Le premier certificat fait état de lombo-pygio-ischio-rualgies irradiant jusqu'au gros orteil gauche, selon un trajet L5, s'accompagnant de parasthésies posturales, irradiant et se manifestant principalement dans le gros orteil toujours à gauche, sans atteinte subjective motrice. Le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne une seconde consultation prévue le 21 mai 2010, précisant que dans l'intervalle, il requerra des instituts radiologiques les documents antérieurs. A la suite du nouvel examen, ce médecin mentionne, dans son rapport du 3 juin 2010, avoir constaté des éléments nouveaux entre son anamnèse de l'époque et celle du 22 mars 2010. Il mentionne que l'examen du 21 mai 2010 montre des lombo-pygio-suro-ischialgies, irradiant selon un trajet radiculaire L5 gauche, relevant qu'en 2006, sauf erreur, le trajet était plutôt S1. De plus, sur les IRM entre 2006 et 2010, il note l'apparition nouvelle d'un spondylophyte de Mac Nab, une augmentation de l'affaissement de L5-S1 et une augmentation de l'aspect hétérogène de la musculature. Il conclut que les données anamnestiques, cliniques et radiologiques, traduisent l'aggravation progressive de la situation du patient qui ne peut travailler que dans un éventuel atelier protégé.

Le 14 septembre 2010, le recourant adresse à la Cour de céans un rapport médical du 3 septembre 2010 des Drs X.\_\_\_\_\_ et

K.\_\_\_\_\_, médecin associé, respectivement chef de clinique au Service d'anesthésiologie du CHUV. Ces médecins ont posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches dans le cadre d'une protrusion discale circonférentielle L5-S1 avec fibrose post-opératoire de la région pré-foraminale gauche et ont relevé qu'après une péridurale lombaire engendrant une très légère amélioration de la symptomatologie, des nouvelles infiltrations facettaires ont été proposées au recourant, qui les a, pour l'heure, refusées.

Dans ses déterminations du 11 octobre 2010, l'OAI explique que, dans la mesure où la décision contestée est une décision de refus d'entrer en matière, le pouvoir d'examen de l'autorité de céans est limité à la question de savoir si les pièces produites en cours de procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier, si bien que le rapport médical du 3 septembre 2010 ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente affaire. Il confirme pour le surplus sa réponse du 7 décembre 2009.

### **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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des

exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 3 et 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), par H. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 8 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI du 9 juillet 2008, respectivement si le bien-fondé du refus d'entrer en matière est conforme au droit.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit être établie de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une

nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'al. 3 sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre 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; 109 V 108 consid. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

**b)** 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. 4 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\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

**c)** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de

l'assurance-invalidité 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. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. 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). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 67/02 du 2 décembre 2002 consid. 4).

**4.** Au regard de la décision de refus d'entrer en matière du 8 juillet 2009, l'Office intimé considère que le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est modifié de manière à influencer l'invalidité. Selon lui, les avis médicaux du Dr S.\_\_\_\_\_ et de la Dresse L.\_\_\_\_\_ produits par le recourant en procédure administrative n'ont pas mis en évidence une aggravation de son état de santé, de sorte qu'ils ne comportent pas d'éléments de nature à modifier sa position.

Or, par courrier du 15 septembre 2008, l'intimé a accusé réception de la nouvelle demande du 9 juillet 2008 et informé le recourant que dite demande était en cours d'instruction auprès du SMR. En transmettant une telle information, l'intimé laissait objectivement penser que le recourant n'avait plus à fournir de nouveaux éléments médicaux. Celui-ci pouvait ainsi croire, de bonne foi, avoir établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Outre le courrier de l'OAI du 15 septembre 2008, l'avis SMR du Dr R. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2008 fait également référence à l'instruction de la nouvelle demande. Le médecin-conseil a en effet indiqué qu'au vu des éléments avancés dans la lettre du Dr S. \_\_\_\_\_ du 25 juin 2008, il convenait d'instruire le dossier. A la suite de cet avis, le SMR, par le Dr T. \_\_\_\_\_, a examiné le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ puis, ultérieurement, l'avis de la Dresse L. \_\_\_\_\_.

Il appert ainsi qu'après avoir examiné les allégations de l'assuré, l'intimé n'a pas liquidé l'affaire d'entrée de cause mais a procédé à d'autres investigations, ou à tout le moins l'a signifié au recourant.

De surcroît, l'intimé retient, dans son préavis du 4 décembre 2008 comme dans sa décision du 8 juillet 2009, que le recourant n'a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Or, s'il estimait qu'au moment du dépôt de la nouvelle demande de prestations, le recourant n'avait pas rendu plausible une modification des faits déterminants, il devait lui impartir un délai raisonnable pour déposer de nouveaux moyens de preuve ainsi que l'avertir qu'il n'entrerait pas en matière sur la demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Or l'OAI n'a pas imparti un délai au recourant pour produire un nouvel avis médical, tout comme il ne l'a pas averti qu'à défaut, une décision de refus d'entrer en matière serait rendue. *A contrario*, il l'a informé que des mesures d'instruction étaient en cours. Cela laissait supposer que les moyens proposés étaient pertinents.

Il convient ainsi de reconnaître que l'intimé a admis qu'une modification de l'état de santé avait été rendue plausible sur la base du rapport médical du Dr S. \_\_\_\_\_, respectivement qu'il entrerait en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, il lui appartenait d'instruire le dossier et de déterminer si la situation s'était modifiée de manière à influencer le droit de l'assuré.

**5.** A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médico-psychiatrique destinée à déterminer sa

capacité de travail, à supposer qu'elle existe. Compte tenu de l'objet de la procédure, qui porte uniquement sur le point de savoir si les pièces remises à l'OAI par le recourant rendaient plausibles ses allégations relatives à une péjoration de son état de santé, il n'y a pas lieu d'administrer de nouveaux moyens de preuve.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de rente formée le 9 juillet 2008 par le recourant.

**7. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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 soumis à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération ou de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publiques – tels les offices AI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 8 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations déposée le 9 juillet 2008 par H.\_\_\_\_\_.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Pierre Bloch, à Lausanne (pour H.\_\_\_\_\_)
- 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).

La greffière :