

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} février 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R. _____, à Aigle, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après: l'assuré), né le 3 novembre 1957, marié et père de famille, travaillait en qualité de peintre indépendant. Le 18 octobre 1991, il a été victime d'un accident de la circulation au cours duquel il a été blessé au front ainsi qu'à l'épaule et au genou gauches. La prise en charge des suites de cet accident a donné lieu à un litige entre l'assuré et la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

b) Souffrant de séquelles persistantes de cet événement - revêtant principalement la forme de céphalées avec sensations vertigineuses et de douleurs frontales gauches -, l'assuré a déposé le 10 juin 1998 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins consultés par l'assuré. Parmi les pièces versées au dossier figurait notamment un rapport d'expertise neurologique établi par les docteurs Q. _____, chef de service, et O. _____, médecin associé. D'après ces médecins, l'assuré souffrait d'un syndrome cervical qui ne l'empêchait cependant pas d'exercer une activité à plein temps ne requérant pas d'avoir la nuque en extension et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 20 kilos (rapport du 5 septembre 2001). Au vu de l'intérêt exprimé par l'assuré pour une activité dans le secteur de l'informatique, l'OAI lui a alloué une mesure de reclassement sous la forme d'un cours d'informaticien de réseau. Prévue pour la période du 8 octobre 2002 au 20 mai 2003, la mesure a été interrompue pour raisons médicales au mois de février 2003.

c) Après avoir soumis le cas pour appréciation à son Service médical régional (SMR), l'OAI a, par décision du 24 janvier 2005, dénié à

l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité, fixé à 9.5%, n'était pas suffisant pour justifier un tel droit.

Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 20 décembre 2005, dans laquelle l'OAI exposait notamment ce qui suit:

« En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité vous a été refusé au motif que votre préjudice économique ne se monte qu'à 9,5%. Votre taux d'invalidité a été arrêté en prenant en considération un revenu sans invalidité de frs. 71'840.- et un revenu d'invalidité de frs. 65'000.-. Ce dernier montant correspond au revenu que vous auriez pu obtenir si vous aviez poursuivi votre formation. Nous avons en effet pris en charge divers cours d'informatique, de français ainsi qu'une formation d'administrateur de réseau prévue du 1^{er} juillet 2002 au 20 mai 2003 mais interrompue en février 2003. Nous avons retenu que votre capacité de travail et de gain est cependant entière dans l'activité d'informaticien, moyennant des aménagements simples et efficaces ne modifiant en rien le rendement.

Dans votre opposition du 21 février 2005, vous expliquez avoir dû arrêter votre formation pour raisons médicales et vous prévaliez à ce sujet sur l'avis du professeur N._____. Vous expliquez travailler sur écran couché à votre domicile, ce qui ne serait pas exigible dans un bureau.

Dans le complément à votre opposition du 9 mai 2004, vous contestez que l'activité d'informaticien soit adaptée «moyennant de simples aménagements» et indiquez avoir demandé une expertise à la CNA. Vous ne comprenez pas à la lecture de l'expertise du Dr. Q._____ pourquoi les céphalées ne seraient pas handicapantes dans la profession d'informaticien. Il ressort également de votre réplique du 29 avril 2005 (rédigée dans le cadre du litige qui vous oppose à votre assureur-accident) que votre recyclage comme informaticien aurait échoué en raison de céphalées cervicogènes et de troubles de la vue qui vous empêcheraient de vous concentrer sur écran (lettre C, chiffre 7). Vous vous prévaliez à cet égard de l'avis du Dr F._____ du 16 janvier 2004 et celui, identique, du Dr. E._____ du 13 janvier 2004.

La question de votre capacité de travail dans l'activité d'informaticien a été réexaminée dans le cadre de l'instruction de votre opposition. Réinterrogé à ce sujet, le Dr G._____ du SMR a notamment précisé en date du 6 décembre 2005 que les troubles vestibulaires ne sont pas invalidants dans la mesure où l'activité à l'ordinateur n'impose pas de changements de positions de la tête brusques et fréquents. Il en va de même pour l'atteinte visuelle qui n'affecte pas la vision centrale. Le Dr G._____ a également rappelé qu'une vision monoculaire est parfaitement compatible avec une activité sur ordinateur par définition en deux dimensions. »

d) L'assuré a déféré la décision sur opposition du 20 décembre 2005 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, en se prévalant d'une transaction qu'il avait passée le 1^{er} décembre 2005 avec la CNA, aux termes de laquelle cette assurance lui reconnaissait le droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 70%. Par arrêt du 26 avril 2007 (AI 16/06 - 91/2007), le Tribunal des assurances a rejeté le recours.

Par arrêt du 4 février 2008 (9C_343/2007), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt du Tribunal des assurances.

B. **a)** Le 15 juillet 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. A l'appui de sa demande, il a produit des rapports médicaux du Dr T. _____ des 4 et 25 octobre 2007, du Dr E. _____ du 5 octobre 2007 et du Dr F. _____ des 5 et 8 octobre 2007, attestant qu'en raison de cervicalgies, de cervico-scapulalgies, de vertiges et de troubles de la vue, il ne pouvait pas travailler plus de 3 heures par jour en position assise stationnaire devant un écran.

b) Par courrier du 16 juillet 2008, l'OAI a imparté à l'assuré un délai de 30 jours pour produire à ses frais un rapport médical détaillé rendant plausible l'aggravation de son état de santé, en précisant ce qui suit:

« Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée. »

Le 20 octobre 2008, soit dans le délai que l'OAI avait accepté de prolonger à ce jour, le recourant a produit un rapport d'expertise privée établi le 29 septembre 2008 par le Prof. D. _____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi qu'un rapport médical du Dr L. _____ du 18 août 2008 et un rapport médical du Dr F. _____ du 24 juillet 2008. Dans son rapport d'expertise privée du 29 septembre 2008, qui contient une anamnèse

avec rappel des pièces médicales du dossier, une description des plaintes subjectives de l'expertisé, les constatations objectives et une appréciation générale, le Prof. D. _____ expose en particulier ce qui suit:

« **APPRECIATION GENERALE**

Si l'on tient compte de l'accident du 18 octobre 1991, il persiste actuellement toujours les mêmes plaintes, à savoir des cervicalgies, des céphalées intermittentes et surtout des douleurs en relation avec un probable névrome sus-orbitaire gauche.

Il y a en plus des troubles neurovestibulaires lors des mouvements de rétroflexion de la colonne cervicale qui engendrent des vertiges et des difficultés d'équilibre.

Concernant les troubles visuels qui restent assez mal systématisés, mais qui n'excluraient pas un scotome temporal gauche, le patient se dit gêné lorsqu'il veut lire ou essayer de regarder un PC. Il se plaint toujours de troubles de la concentration.

Si l'on tient compte des plaintes actuelles et de mon examen neurologique, nous avons actuellement toujours les mêmes séquelles par rapport aux précédentes évaluations et expertises.

Il n'y a par contre aucune amélioration par rapport aux précédentes évaluations et il y a même une aggravation concernant le syndrome vestibulaire qui gêne considérablement le patient dès les mouvements de rétroflexion de la tête et de ce fait, on peut comprendre qu'il est totalement impossible de reprendre une quelconque activité dans sa précédente profession de plâtrier-peintre, de monter sur des échafaudages, d'avoir des mouvements brusques de rétroflexion de la colonne cervicale, soit pour des mètres, de la peinture, etc.

Concernant les céphalées et les troubles visuels, on peut comprendre qu'il est inutile de poursuivre une formation en informatique.

En conclusion finale, indépendamment que l'accident est survenu en 1991, ce patient ne présentait aucune plainte particulière avant l'accident incriminé, on doit conclure que les plaintes actuelles sont toujours en relation avec l'accident incriminé, de type syndrome post-contusionnel, de type whiplash et distorsion de la colonne cervicale. »

c) Dans un avis médical SMR du 6 novembre 2008, le Dr H. _____ a estimé que les plaintes cervico-brachiales et lombaires relatées par les Drs T. _____, F. _____ et L. _____ étaient nouvelles, mais qu'elles n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle nouvelle; en ce sens, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé avec répercussion négative sur la capacité de travail.

Dans un avis médical complémentaire du 17 novembre 2008, le Dr H. _____ a estimé que l'expertise neurologique du Prof. D. _____ ne rendait pas plausible une aggravation de la capacité résiduelle exigible dans une activité physiquement légère de type informatique.

d) Par décision du 7 avril 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. La motivation de cette décision est la suivante:

« Vous avez déposé une nouvelle demande concernant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Votre précédente demande de prestations a été rejetée par décision du 24 janvier 2005.

Contre ladite décision, vous avez formé une opposition que nous avons rejetée en date du 20 décembre 2005.

Les recours que vous avez interjetés successivement auprès des Tribunaux cantonal et fédéral ont été rejetés par Jugement du 26 avril 2007 et Arrêt du 4 février 2008.

Lors du dépôt de votre nouvelle demande le 15 juillet 2008, vous avez été invité à produire – à vos frais – les éléments nouveaux rendant plausible une modification du degré d'invalidité.

En effet, 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.

En l'occurrence, non seulement les éléments médicaux doivent rendre plausible l'aggravation de l'état de santé, mais également en préciser l'incidence sur la capacité de travail.

Pour appuyer votre nouvelle demande, vous avez produit des rapports médicaux du Dr T. _____, du Dr L. _____, neurologue et du Dr F. _____, interniste. Ces médecins et spécialistes font état de plaintes amplement connues et documentées, ainsi que d'un discret syndrome vertébral. Votre neurologue mentionne qu'il ne juge pas utile de procéder à des investigations neuroradiologiques complémentaires. Il n'est précisé aucune répercussion sur la capacité de travail dont il n'ait été tenu compte lors de la précédente évaluation.

Vous vous êtes également soumis à une expertise neurologique en date du 26 août 2008. L'expert – sans toutefois poser de diagnostic – fait état d'une situation ne présentant pas d'amélioration par rapport aux précédentes évaluations et signale que vous lui faites part d'une aggravation de vos vertiges. Toutefois, l'existence

aggravée de ce trouble vestibulaire n'est pas objectivée (absence de nystagmus). Comme le relève l'expert, votre activité antérieure de plâtrier-peintre est bien contrindiquée, mais il ne se prononce pas sur votre capacité de travail dans une activité adaptée, soit ne comportant pas de gestes et mouvements susceptibles de provoquer des vertiges.

A noter que les frais relatifs à ladite expertise sont à votre charge, selon notre correspondance du 16 juillet 2008. En effet, dans la mesure où les prestations sollicitées ont fait l'objet d'un refus, il appartient à l'assuré de produire à ses frais un rapport médical détaillé se prononçant sur l'aggravation alléguée et son influence sur la capacité de travail.

Considérant - comme cela a été le cas lors de notre première instruction - que vos limitations fonctionnelles contrindiquent votre profession antérieure de plâtrier-peintre, rien ne s'oppose cependant à la mise en valeur de votre capacité de travail entière dans toute activité physiquement légère, notamment telle que celle que vous auriez pu exercer au terme des mesures de reclassement qui vous ont été octroyées.

Nous constatons que les renseignements mis à disposition n'objectivent aucune nouvelle limitation fonctionnelle susceptible de modifier l'exigibilité de votre capacité de travail qui vous a été reconnue en 2005. En ce sens, il n'y a pas d'aggravation de la situation de santé avec répercussion négative sur la capacité de travail.

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. »

C. **a)** L'assuré, représenté par l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre cette décision par acte du 10 mai 2010. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'OAI doit entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 15 juillet 2008, et subsidiairement à l'annulation de cette décision, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. A l'appui de ces conclusions, le recourant reproche à l'OAI d'avoir fait totalement fi de l'expertise établie par le Prof. D. _____ en date du 29 septembre 2008, qui a été mise sur pied aux fins de déterminer si son état de santé s'était aggravé depuis la précédente décision de l'OAI, confirmée en instances cantonale et fédérale. Le recourant rappelle que dans son rapport, le Prof. D. _____ a émis une appréciation générale globale qui peut être résumée ainsi:

- Le recourant émet toujours les mêmes plaintes depuis le 18 octobre 1991, à savoir des cervicalgies, des céphalées intermittentes et des douleurs en relation avec un probable névrome sus-orbitaire gauche.
- En sus de ces troubles, le recourant présente des troubles neurovestibulaires lors de mouvements de rétroflexion de la colonne cervicale engendrant des vertiges et des difficultés d'équilibre.
- S'agissant de ses troubles visuels, si ceux-ci restent assez mal systématisés, ils n'excluent néanmoins pas un scotome temporal gauche.
- Le recourant présente les mêmes séquelles par rapport aux précédentes évaluations et expertises.
- S'agissant de l'évolution de son état de santé, aucune amélioration par rapport aux précédentes évaluations n'est à constater; bien au contraire, une aggravation concernant le syndrome vestibulaire qui gêne considérablement le patient dès les mouvements de rétroflexion de la tête est à déplorer.
- Compte tenu de l'état de santé du recourant, qui s'est ainsi péjoré, il est totalement impossible pour l'intéressé de reprendre une quelconque activité dans sa précédente profession de plâtrier-peintre, de monter sur des échafaudages, d'avoir des mouvements brusques de rétroflexion de la colonne cervicale, soit pour des métrés, de la peinture, etc.

Le recourant soutient ainsi qu'une aggravation de son état de santé a bel et bien été objectivée, contrairement à ce qu'allègue l'OAI; à cet égard, l'absence de nystagmus ne permet pas d'exclure l'existence aggravée d'un trouble vestibulaire, l'OAI n'étayant d'ailleurs nullement son assertion, notamment par le biais d'avis médicaux circonstanciés. Selon le recourant, il n'y a aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Prof. D. _____, dont le mandat consistait justement à examiner si, au vu du

dossier médical présenté par le recourant, une aggravation de son état de santé était à déplorer.

En ce qui concerne la question de l'incidence des séquelles présentées par le recourant sur sa capacité de travail, le Prof. D. _____ estime non seulement que la capacité de travail du recourant dans son ancienne profession de plâtrier-peintre est nulle, mais il ajoute aussi que, compte tenu des céphalées et des troubles visuels qui le handicapent, la poursuite d'une formation en informatique était inexigible de sa part. Autrement dit, le Prof. D. _____ écarte toute capacité de travail, étant rappelé que la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI portait sur une activité d'administrateur de réseau compte tenu des cours de français et d'informatique suivis. Dès lors que le Prof. D. _____ exclut dorénavant l'exercice d'une telle activité, on peut ici aussi parler d'aggravation de l'état de santé du recourant. En conséquence, dès lors qu'une péjoration de l'état de santé du recourant a été constatée par le Prof. D. _____ et que celle-ci a indiscutablement une incidence sur sa capacité de travail, le praticien précité mettant directement et très clairement la première en lien avec la seconde, l'OAI aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant. Pour le cas où la cour devrait estimer qu'une aggravation de l'état de santé du recourant demeure indécise dans le cas particulier, le recourant requiert la mise sur pied d'une nouvelle expertise qui aura pour vocation de déterminer si son état de santé s'est aggravé depuis la précédente décision AI.

b) Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

Le 1^{er} juin 2010, le recourant a encore produit un bref rapport médical adressé le 30 mai 2010 à son conseil par le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine interne, qui certifie que le recourant souffre depuis deux ou trois ans d'une nette recrudescence de ses symptômes qui deviennent invalidants.

Le 8 juin 2010, le recourant a encore produit un rapport médical du 27 mai 2010 du Dr T._____, lequel indique qu'il y a des nouvelles plaintes et des nouvelles lésions décrites sur le plan radiologique qui sont tout à fait différentes de ce qui a été constaté précédemment, de sorte que le recours contre le refus de l'OAI d'entrer en matière est tout à fait justifié selon ce praticien.

Le 9 juin 2010, le recourant a produit une décision du bureau de l'assistance judiciaire lui accordant le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, avec effet au 12 mai 2010.

c) Le 16 juin 2010, le recourant a encore produit une lettre adressée le 15 juin 2010 à son conseil par le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, accompagnée de trois annexes et dont il ressort ce qui suit:

« Monsieur R._____ est donc à l'heure actuelle en litige contre l'Office de l'Assurance Invalidité qui a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations aux motifs que son état de santé ne se serait pas aggravé depuis sa première demande de rente, qui a été rejetée, décision confirmée par le Tribunal Fédéral en février 2008.

Il y a subjectivement une aggravation de la symptomatologie douloureuse avec une extension au niveau dorsal. Ceci a motivé le 24 mars 2009 des investigations complémentaires à savoir une IRM cervicale et dorso-lombaire. Cet examen révèle une discopathie avec de discrètes protrusions discales médianes sans hernie en C5-C6 et C6-C7. Au niveau dorsal, discopathie avec une protrusion discale modérée médio-latérale G en D7-D8. Il n'y a pas d'autre anomalie disco-dégénérative ni de rétrécissement significatif canalaire, foraminaux ou récessiaux tant au niveau dorsal que lombaire. Cône relativement bas situé encore dans les limites supérieures des normes, à la hauteur de L2, sans remaniement inflammatoire ni expansivité. Quelques hémangiomes, le plus volumineux étant noté en D11 (examen du 24.03.2009, Institut de radiologie Z._____ [...] signé Dr K._____).

Au plan clinique, j'ai constaté une disfonction dorsale sur dérangement intervertébral en D7-D8 à plusieurs reprises dès 2008 et encore actuellement. Ceci est caractérisé par des douleurs à la mobilisation latérale G surtout sur les vertèbres D7 et D8. Ceci a été retrouvé lors des traitements de physiothérapie déjà au mois de décembre 2009 et j'en parle au mois de juillet 2009 dans ma lettre

au Docteur E. _____ que je joins à ce courrier de même que celle de V. _____ du Docteur T. _____.

Cette pathologie dorsale plus particulièrement en D7-D8 se greffe sur des dorsalgies préexistantes mais aggravées depuis je dirais juillet 2008. En tout cas on peut admettre qu'il y a une péjoration des dorsalgies médianes et un examen clinique faisant état plus particulièrement d'un dérangement intervertébral en D7-D8 prédominant du côté G et persistant.

Je me permets donc de limiter ma lettre à cet élément qui me paraît nouveau et pour lequel vous me sollicitez en vue d'établir un nouveau dossier pour l'Assurance Invalidité.

En annexe protocole de l'IRM cervicale et dorso-lombaire du 24.03.2009, ma lettre du 04.03.2008, lettre de V. _____ du 27.01.2009. »

Selon le recourant, ces éléments attestent d'une aggravation de son état de santé qui imposerait ne serait-ce qu'une entrée en matière de l'OAI sur sa nouvelle demande de prestations.

d) Dans sa réponse du 8 juillet 2010, l'OAI indique qu'il ne peut que confirmer sa décision de refus d'entrer en matière du 7 avril 2010 et qu'il préavise par conséquent pour le rejet du recours. L'OAI rappelle tout d'abord que dans le cadre d'une nouvelle demande après un refus de rente, il appartient à l'assuré de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, et que le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande. A défaut, l'administration doit impartir un délai raisonnable à l'assuré 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; si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. En l'occurrence, l'assuré a déposé une nouvelle demande le 15 juillet 2008, en produisant en annexe des rapports médicaux des Drs T. _____, L. _____ et F. _____. Or il ressort de l'avis médical du SMR du 6 novembre 2008 que ces pièces n'étaient pas suffisantes pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré, dès lors qu'elles font pour l'essentiel état des atteintes à la santé identiques à celles documentées lors du rejet de la première demande de prestation (décision du 24 janvier 2005), hormis les

plaintes cervico-brachiales et lombaires, qui toutefois ne sont pas de nature à modifier les exigences retenues en 2005. Quant au rapport d'expertise neurologique du Prof. D._____ du 26 août 2008, qui ne comprend pas de diagnostics et ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, il ne permet pas, selon l'avis médical SMR du 17 novembre 2008, d'attester une aggravation de l'état de santé de l'assuré. S'agissant enfin des rapports médicaux produits avec ou après le mémoire de recours du 11 juin 2010, il ne peut en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils sont tous postérieurs à la décision attaquée du 7 avril 2010.

e) Dans sa réplique du 30 août 2010, le recourant soutient que l'expertise du Prof. D._____, qui est fouillée et probante, fait indiscutablement état d'une péjoration de son état de santé. Au surplus, cette aggravation a aussi été attestée en cours de procédure par plusieurs praticiens, soit par le Dr E._____, spécialiste FMH en médecine interne (rapport du 30 mai 2010), par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique (rapport du 27 mai 2010) ainsi que par le Dr F._____, spécialiste FMH en rhumatologie (rapport du 15 juin 2010), qui concluent tous à une pleine incapacité de travail du fait de cette aggravation. Le recourant estime que, contrairement à ce que semble penser l'OAI, la date d'émission des rapports médicaux n'est pas décisive dans la présente espèce, mais bien leur caractère probant, qui serait incontestable. Le recourant produit encore copie de certificats médicaux établis le 30 juillet 2010 par le Dr E._____, le 30 juillet 2010 par le Dr F._____ et le 4 août 2010 par le Dr T._____, qui attestent de l'incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne activité de plâtrier-peintre et d'une capacité de travail extrêmement restreinte (de l'ordre de deux à trois heures par jour) dans l'informatique.

f) Le 2 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

Le 14 septembre 2010, le recourant a encore produit un bref certificat médical établi le 31 août 2010 par le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie (recte: pneumologie), certifiant « qu'un syndrome d'apnées du sommeil peut créer des troubles de la concentration et il est dès lors compréhensible que M. R._____ ait rencontré des difficultés à suivre des cours d'informatique ».

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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; 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 par R._____ contre la décision rendue le 7 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), 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 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'art. 87 al. 3 RAI 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 130 V 64 c. 5.2.3; 117 V 198 c. 4b; 109 V 108 c. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2). Ainsi, 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 c. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2).

b) 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 193 c. 2; 122 V 157 c. 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 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – 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. 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]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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 c. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 c. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 c. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002 c. 4).

c) En l'espèce, à l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI du 15 juillet 2008, le recourant a produit des rapports médicaux du Dr T. _____ des 4 et 25 octobre 2007, du Dr E. _____ du 5 octobre 2007 et du Dr F. _____ des 5 et 8 octobre 2007, attestant qu'en raison de cervicalgies, de cervico-scapulalgies, de vertiges et de troubles de la vue, il ne pouvait pas travailler plus de 3 heures par jour en position assise stationnaire devant un écran (cf. lettre B.a supra). Considérant que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée, l'OAI lui a impartit un délai de 30 jours, qui a ensuite été prolongé au 20 octobre 2008, pour produire un rapport médical détaillé rendant plausible

l'aggravation de son état de santé, en l'avertissant que si les éléments apportés ne rendaient pas plausible une modification de son degré d'invalidité, une décision de non-entrée serait rendue (cf. lettre B.b supra). Dans le délai ainsi imparti, le recourant a produit un rapport d'expertise privée établi le 29 septembre 2008 par le Prof. D._____, ainsi qu'un rapport médical du Dr L._____ du 18 août 2008 et un rapport médical du Dr F._____ du 24 juillet 2008 (cf. lettre B.b supra).

La procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, telle que précisée par la jurisprudence, ayant ainsi été respectée, il convient d'examiner, d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. consid. 2b in fine supra), à savoir sur la base des rapports médicaux produits le 15 juillet 2008 et le 20 octobre 2008, si le recourant a rendu plausible, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, une modification de son degré d'invalidité.

d) Les rapports médicaux du Dr T._____, du Dr L._____ et du Dr F._____, produits avec la nouvelle demande de prestations du 15 juillet 2008, font état de plaintes amplement connues et documentées, ainsi que d'un discret syndrome vertébral, et ne laissent apparaître aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre du premier refus de prestations en 2005. Il en va de même des rapports médicaux du Dr L._____ du 18 août 2008 et du Dr F._____ du 24 juillet 2008, produits le 20 octobre 2008.

Cela étant, le recourant soutient qu'une aggravation de son état de santé résulterait incontestablement du rapport d'expertise privée établi le 29 septembre 2008 par le Prof. D._____ (cf. lettre C.a supra). Force est toutefois de constater qu'il résulte de ce rapport que le recourant présente actuellement toujours les mêmes séquelles par rapport aux précédentes évaluations et expertises, à savoir des cervicalgies, des céphalées intermittentes, des douleurs en relation avec un probable névrome sus-orbitaire gauche et des troubles neurovestibulaires lors des mouvements de rétroflexion de la colonne cervicale (cf. lettre B.b supra). La seule aggravation dont ce spécialiste fasse état par rapport aux

précédentes évaluations concerne le syndrome vestibulaire, qui gêne considérablement le patient dès les mouvements de rétroflexion de la tête et qui rend totalement impossible la reprise d'une quelconque activité dans sa précédente profession de plâtrier-peintre, dans la mesure où celle-ci nécessite de monter sur des échafaudages, d'avoir des mouvements brusques de rétroflexion de la colonne cervicale, soit pour des mètres, de la peinture, etc. Le rapport d'expertise privée du 29 septembre 2008 ne fait ainsi état d'aucune modification qui aurait des répercussions sur la capacité de travail du recourant dans une activité ne comportant pas de gestes et de mouvements brusques susceptibles de provoquer des vertiges, telle que celle d'informaticien. L'affirmation du Prof. D. _____ invoquée par le recourant (cf. lettre C.a supra), selon laquelle « [c]oncernant les céphalées et les troubles visuels, on peut comprendre qu'il est inutile de poursuivre une formation en informatique » (cf. lettre B.b supra), ne se réfère pas à une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le premier refus de prestations en 2005, mais constitue une appréciation différente d'une situation qui existait déjà à ce moment-là (cf. lettre A.c supra).

e) Dans ces conditions, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que les rapports médicaux produits par le recourant n'objectivent aucune nouvelle limitation fonctionnelle susceptible de modifier l'exigibilité de la capacité de travail qui lui a été reconnue en 2005 et que le recourant n'a ainsi pas rendu plausible une modification de son degré d'invalidité. Cette constatation scelle le sort du litige, puisque les rapports médicaux produits en annexe au mémoire de recours du 10 mai 2010 (cf. lettre C.a supra) et ceux produits ultérieurement (cf. lettres C.b, C.c, C.e et C.f supra), qui sont tous postérieurs à la décision attaquée du 7 avril 2010, ne peuvent être pris en considération dans le contrôle judiciaire de cette décision (cf. consid. 2b in fine supra), ce qui exclut au demeurant également la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, telle que requise par le recourant (cf. lettre C.a in fine supra).

3. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure avec effet au 12 mai 2010, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, 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, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. Les frais de justice, comprenant

a) un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs),

b) une indemnité de 1'990 fr. 60 (mille neuf cent nonante francs et soixante centimes), TVA comprise, à verser à Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil d'office du recourant, sont, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, provisoirement mis à la charge du canton, sous réserve des montants déjà payés à titre de franchise.

III. La décision rendue le 7 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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 Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour R. _____),
- 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 :