

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre:

F._____, à Renens, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat
au service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 LAI; art. 87 al. 3 et 4 RAI

Vu la décision rendue le 13 juin 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), rejetant la demande de prestations formulée par F._____ (ci-après: l'assuré) au motif d'un degré d'invalidité théorique arrêté à 11.4%, cela sur la base d'un rapport d'expertise rhumatologique rendu le 12 septembre 2006 par le Dr K._____ concluant à une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée sur le plan somatique, une possible problématique psychique sous-jacente ayant été relevée,

vu la demande de mesures de reconversion professionnelle adressée pour l'assuré à l'OAI par la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) le 23 février 2009, demande appuyée par un bref rapport de cet établissement du 20 mars 2009 invoquant les diagnostics d'hypothyroïdie substituée, de syndrome douloureux somatoforme, d'hypercholestérolémie et de tabagisme actif,

vu la décision de refus d'entrer en matière sur cette demande rendue le 24 juin 2009 par l'OAI, en substance au motif que les diagnostics précités n'étaient pas de nature à entraver la capacité de travail de l'assuré telle que réputée entière dans une activité adaptée,

vu le rapport médical du département de psychiatrie adulte du CHUV (ci-après: le DPA), établi le 31 mars 2010 par les Drs K._____ et Y._____ à l'attention de l'OAI, rendant compte d'une péjoration progressive de l'état de santé psychique de l'assuré, suivi régulièrement dès juillet 2008 pour un trouble dépressif sévère, avec traitement psychothérapeutique et pharmacologique,

vu l'interpellation de l'assuré par l'OAI en avril et juin 2010, l'invitant à déposer une nouvelle demande formelle, puis, en l'absence de réaction de l'intéressé, la décision de refus de prestations rendue 23 juillet 2010 pour défaut de collaboration,

vu la nouvelle demande formelle établie le 11 août 2010 par l'assuré, demande étayée par la production d'un nouveau rapport médical du DPA, établi le 11 novembre 2010 par les Drs R._____ et Y._____, rendant compte de l'effondrement dépressif de l'assuré, de la chronification d'une symptomatologie dépressive sévère et de la poursuite d'un traitement psychiatrique intégré sans constat d'amélioration significative, le pronostic étant défavorable,

vu la décision de refus d'entrer en matière du 1^{er} mars 2011, l'OAI faisant siennes les conclusions du Dr L._____ du SMR du 6 décembre 2010 estimant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis décembre 2006, période lors de laquelle le médecin traitant de l'intéressé avait observé une nette amélioration de la thymie à la suite du traitement d'une hyperthyroïdie et avait considéré qu'une activité adaptée était alors pleinement exigible,

vu le recours formé par l'assuré contre ce refus, par acte de son conseil du 6 avril 2011 concluant à l'annulation de la décision et au renvoi pour entrée en matière sur la nouvelle demande,

vu la réponse de l'intimé, concluant au rejet du recours, ainsi que les pièces versées au dossier ;

attendu que, déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours satisfait par ailleurs aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable ;

attendu que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]),

que cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68, consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références),

que, 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, faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière,

que, à 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, jouissant sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter,

qu'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'étant en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114, consid. 2b) ;

attendu que, en l'espèce, il est patent que l'aggravation de l'état de santé - respectivement la nouvelle atteinte - que le recourant fait valoir à l'appui de sa nouvelle demande formelle du 11 août 2010 tient à des troubles d'ordre psychique,

qu'il est également patent que cette problématique psychique n'est pas entrée en considération lorsqu'il s'est agi de nier le droit aux

prestations dont l'intéressé demande ici la révision, la décision 13 juin 2007 ayant présidé au refus de prestations tel qu'entré en force, compte tenu d'un degré d'invalidité arrêté à 11.4%, se fondant exclusivement sur le registre somatique,

qu'en effet, l'OAI s'était alors fondé sur le rapport d'expertise établi le 12 septembre 2006 par le rhumatologue K._____, lequel s'était borné à renvoyer à une possible problématique d'ordre psychique compte tenu d'une symptomatologie douloureuse intense, mais sans que ce registre soit ensuite investigué par un spécialiste,

que les troubles psychiques allégués par la suite ont été dûment attestés par deux médecins psychiatres du DPA, les Drs R._____ et Y._____, tout d'abord dans un premier rapport du 31 mars 2010 rendant compte d'une péjoration progressive de l'état de santé psychique de l'assuré, suivi régulièrement dès juillet 2008 pour un trouble dépressif sévère, avec traitement psychothérapeutique et pharmacologique, puis dans un second rapport du 11 novembre 2010, rendant compte d'un effondrement dépressif de l'assuré, de la chronification de la symptomatologie dépressive sévère, respectivement de l'absence d'amélioration malgré le traitement psychiatrique poursuivi,

que cette aggravation, ainsi constatée dès 2008 par des spécialistes, est réputée intervenue postérieurement à la décision du 13 juin 2007, le Dr L._____ du SMR ayant à juste titre observé, dans son avis du 6 décembre 2010, que le médecin traitant de l'assuré avait retenu une nette amélioration de la thymie en décembre 2006 (rapport du médecin traitant X._____ du 5 décembre 2006),

que le premier rejet d'une nouvelle demande tel qu'intervenu le 23 juillet 2010 ne saurait faire obstacle au constat d'une péjoration de l'état de santé, au sens de l'art. 87 RAI, d'une part parce que ce refus est intervenu pour manque de collaboration, soit pour un motif formel, sans examen du fond, d'autre part parce que le second rapport du DPA de

novembre 2010 rend compte d'un état de santé qui s'est encore péjoré depuis le premier rapport de mars 2010,

qu'ainsi, au vu des pièces déposées en procédure administrative à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant a rendu à tout le moins vraisemblable un épuisement progressif et sévère de ses ressources psychiques, respectivement que son état de santé s'est modifié de manière à influencer son invalidité, cela postérieurement à la décision de refus de prestations,

que, dans ces circonstances, il ne se justifiait pas de renoncer abruptement à toute mesure d'investigation, mais bien d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire plus avant sur le plan médical, afin d'évaluer les conséquences de l'état de santé aggravé sur la capacité résiduelle de travail et de gain du recourant,

que, des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations formellement déposée le 11 août 2010 ;

attendu que, obtenant ainsi gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, à ce stade de la procédure, à 2'000 fr. à la charge de l'intimé débouté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]),

que ce montant, mis à la charge d'une institution d'assurance sociale qui s'en acquitte, est à même de couvrir celui de la rémunération du conseil du recourant au titre de l'assistance judiciaire octroyée à son client, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'arrêter ici la rémunération de l'avocat d'office (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD),

qu'il n'y a au surplus pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé, débouté dans le cadre de l'exercice de prérogatives étatiques (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 1^{er} mars 2011 est réformée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de prestations déposée le 11 août 2010 par F._____.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 2'000.- (deux mille) francs à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour M. F._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :