

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré), né en 1964, sans formation, a travaillé en qualité d'ouvrier de galvanisation pour l'entreprise F._____ Sàrl en 1998 et 1999, puis a notamment bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage.

En octobre 2003, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente. Les documents suivants ont notamment été versés au dossier:

- Un rapport du 27 novembre 2001 de la Dresse S._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation au service d'orthopédie du CHUV, qui a retenu, sur la base d'une IRM et d'un examen clinique, que l'assuré présentait des lésions dégénératives débutantes et des dysbalances musculaires, expliquant en partie sa symptomatologie douloureuse. La capacité de travail a été évaluée à 0% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée.

- Un certificat médical du 8 novembre 2001 de la Dresse S._____, retenant que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle légère sans port de charges au-delà de 10 kg et sans mouvements répétitifs.

L'OAI s'est adressé à la Dresse B._____, spécialiste FMH en médecine interne générale à Renens et médecin traitant de l'assuré, qui, dans un rapport du 21 novembre 2003, a posé les diagnostics de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale et arthrose postérieure. Des périodes d'incapacité de travail à 100% ont été attestées dans l'activité de ferrailleur-serrurier, en particulier du 1^{er} septembre au 30 novembre 2003. L'assuré présentait une diminution de rendement de 70% dans son activité habituelle, et une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée, en évitant les efforts et le port de lourdes charges. La Dresse B._____ a par ailleurs requis une évaluation psychiatrique.

Dans un rapport du 24 mars 2004, la Dresse B._____ a indiqué que son patient souffrait d'une affection chronique allant en s'aggravant, entraînant une incapacité de travail de 70% dans son métier. Elle a relevé que des traitements n'amélioraient que très temporairement la capacité de travail de l'intéressé.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un rapport du 8 décembre 2004 des Drs H._____ et J._____, l'atteinte principale de discopathies L4-L5 et L5-S1. La capacité de travail a été fixée à 0% dans l'activité de ferrailleur, et à 100% dans une activité adaptée, sans port de charge au-delà de 10 kg et sans mouvement répétitif. Ces médecins ont retenu qu'une expertise psychiatrique n'était pas indiquée.

Dans un certificat médical du 13 juin 2006, la Dresse B._____ a retenu que l'assuré présentait des cervico-dorso-lombalgies provoquant des sciatalgies, qu'il n'avait repris aucune activité lucrative depuis 2003 et qu'il ne pouvait, même partiellement, reprendre son travail de ferrailleur-serrurier.

Par décision du 2 mai 2005, confirmée sur opposition le 28 juillet 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente. Il a retenu que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que, suite à une comparaison des revenus, son degré d'invalidité était de 10%. Un recours formé par l'assuré a été rejeté par arrêt du 4 septembre 2007 du Tribunal des assurances.

B. Le 15 septembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, se prévalant notamment de douleurs dorsales répétitives qui s'aggravaient de plus en plus. Les documents suivants ont été versés au dossier:

- Des certificats médicaux des 13 mai 2009 et 8 septembre 2010 de la Dresse B._____, attestant de périodes d'incapacité de travail du 15 au 30 juin 2009, respectivement du 19 au 31 octobre 2010.

- Un rapport de traitement du 15 septembre 2010 du département de l'appareil locomoteur du CHUV.

- Un rapport du 18 août 2009 de P._____, ergothérapeute, posant les diagnostics de cervicolombalgies chroniques, de troubles dégénératifs et déconditionnement musculaire. Elle a signalé des douleurs importantes et indiqué des exercices de souplesse et de renforcement musculaire.

- Un certificat médical du 15 octobre 2010 de la Dresse B._____, posant les diagnostics de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale et arthrose postérieure, de cervicalgie sur troubles dégénératifs et d'ulcère gastrique anamnestique. Elle a relevé que l'état de santé de son patient s'aggravait progressivement, l'empêchant, par intermittence, de se déplacer normalement et sans douleurs. Le problème principal était situé dans la région lombaire, avec irradiation dans les deux membres inférieurs, qui s'amendait partiellement avec le traitement par AINS et la physiothérapie. Dernièrement, l'assuré présentait également des cervicalgies.

- Un rapport du 27 décembre 2006 (radiographie de la colonne cervicale et scanner lombaire) du Dr G._____, du centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, concluant à un rétrécissement canalaire modéré mixte constitutionnel et disco-dégénératif en L4-L5, à une discopathie avec une discrète protrusion discale médiane en L5-S1 et à des troubles statiques et dégénératifs modérés à l'étage cervical, prédominant de C3 à C6.

- Un rapport du 21 avril 2009 du Dr L._____, chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du CHUV, posant les diagnostics de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs et

surtout un déconditionnement musculaire, et de cervico-scapulalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs. Il a retenu un mauvais pronostic et a prescrit un traitement d'ergothérapie.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR, qui dans un avis médical du 16 novembre 2010 du Dr H. _____, a relevé ce qui suit:

"Les éléments médicaux avancés dans le cadre de cette deuxième demande ne font état d'aucun fait nouveau:

- Le certificat médical du Dr B. _____ du 15.10.2010 atteste une aggravation progressive sur la base des diagnostics déjà connus, sans expliquer en quoi consisterait cette aggravation. Il ne mentionne pas d'incapacité de travail.

- Le rapport du Dr L. _____ du 22.04.2009 conclut à des «lombalgies chroniques dans un contexte de déconditionnement musculaire global, s'inscrivant dans un contexte de quelques troubles dégénératifs peu importants». Ces éléments sont superposables à ceux constatés en 2004. Le Dr L. _____ mentionne également «plusieurs signes comportementaux qui donn[ai]ent un mauvais pronostic». Ces éléments étaient également déjà présents lors de la première demande, attestés depuis 2001 par le Dresse S. _____ (rapport du 27.11.2001).

- Le rapport radiologique du Dr [...] du 27.12.2006 n'apporte pas non plus d'argument nouveau pour une aggravation de l'état de santé.

En conclusion, en l'absence d'éléments médicaux objectifs d'aggravation, nous proposons de ne pas entrer en matière".

Dans un préavis du 19 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, soit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, en relevant que les renseignements médicaux ne mettaient pas en évidence de péjoration ni de modification de son état de santé depuis la dernière décision.

Le 15 décembre 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision, se prévalant d'une aggravation de son état de santé et réclamant un examen médical.

Par décision du 16 mars 2011, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis. Dans un courrier du

même jour, l'OAI a expliqué à l'assuré que la contestation qu'il avait formée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

C. Par acte du 4 mai 2011, A._____ a recouru contre cette décision et conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a expliqué que son état de santé s'était péjoré et que l'OAI n'avait établi aucune nouvelle expertise pour déterminer son état de santé.

Dans un rapport du 9 mai 2011, la Dresse B._____ a indiqué que l'état de son patient s'aggravait progressivement depuis 2001, que les crises douloureuses étaient de plus en plus fréquentes même sans facteur déclenchant et qu'il n'était pas envisageable de reprendre le travail, même à 20%. Elle a ajouté que l'incapacité de travail était de 100% depuis 2001, à l'exception de quelques semaines entre 2001 et 2003.

Dans sa réponse du 21 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sur la base de l'avis du SMR, il a retenu que les documents médicaux produits par le recourant n'étaient pas de nature à rendre plausible une modification de son état de santé et qu'on ne pouvait reprocher à l'administration de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale. Le rapport du 9 mai 2011 de la Dresse B._____, rendu postérieurement à la décision attaquée, ne pouvait être pris en compte. Dès lors, la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré devait être confirmée.

Un rapport du 28 septembre 2011 du Dr G._____, faisant suite à un scanner lombaire, a été versé au dossier.

D. Par décision du 8 juin 2011 du juge instructeur, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, étant dispensé de l'avance des frais de justice.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prescrites (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Se prévalant d'une péjoration de son état de santé attestée par son médecin traitant, le recourant demande la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer sa capacité de travail. Il affirme ne disposer d'aucune capacité de travail et de gain, ce qui justifierait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

a) Après l'entrée en force d'une première décision formelle de refus de rente, décision sur opposition du 28 juillet 2006 confirmée par arrêt du 4 septembre 2007 du Tribunal des assurances, l'OAI a, par décision du 16 mars 2011, refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. La décision attaquée est présentée comme un refus de prestations, mais l'OAI a expliqué, dans sa réponse au recours, qu'il s'agissait matériellement d'un refus d'entrer en matière.

Selon l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 matériellement applicable en l'espèce, 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 (al.

3); 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Selon la jurisprudence, 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 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas en l'espèce, dès lors que l'OAI - qui retient que les documents produits par le recourant ne permettent pas de rendre plausible une modification de l'état de santé de ce dernier - n'est en réalité pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

b) Il faut donc se limiter à examiner si le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision sur opposition du 28 juillet 2006. Dans son certificat médical du 15 octobre 2010, la Dresse B._____ a relevé que l'état de santé de son patient

s'aggravait progressivement, l'empêchant, par intermittence, de se déplacer normalement et sans douleurs; l'assuré présentait également des cervicalgies. Dans son rapport d'imagerie du 27 décembre 2006, le Dr G._____ a retenu un rétrécissement canalaire modéré mixte constitutionnel et disco-dégénératif en L4-L5, une discopathie avec une discrète protrusion discale médiane en L5-S1 et des troubles statiques et dégénératifs modérés à l'étage cervical, prédominant de C3 à C6. Pour sa part, le Dr L._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs et surtout un déconditionnement musculaire, et de cervico-scapulalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs; il a retenu un mauvais pronostic.

Ces rapports ont été soumis à l'appréciation du SMR, qui a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs d'aggravation de l'état de santé de l'assuré (avis médical du 16 novembre 2010 du Dr H._____). En particulier, selon ce médecin du SMR, la Dresse B._____ ne retenait pas de nouveau diagnostic et ne donnait pas d'explications quant à l'existence d'une aggravation, le Dr L._____ ne faisait pas état de nouveaux éléments par rapport à ceux constatés en 2004 et le rapport radiologique du Dr G._____ ne justifiait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis du SMR. En effet, les documents médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations ne font pas état d'affections nouvelles par rapport à celles constatées au moment de la décision initiale de refus de rente. En outre, les explications des Drs B._____, G._____ et L._____, peu étayées et insuffisamment documentées, ne permettent pas de retenir de façon objective l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Quant aux rapports du 9 mai 2011 de la Dresse B._____ et du 28 septembre 2011 du Dr G._____, dans la mesure où ils se réfèrent à la situation de fait jusqu'au moment de la décision attaquée, ils ne permettent pas de modifier ce qui précède.

c) Enfin, dans le régime de l'art. 87 RAI, l'assuré ne peut pas demander au Tribunal d'ordonner une expertise quand lui-même a renoncé, ou n'est pas parvenu, à établir de façon plausible une modification décisive de l'invalidité (arrêts CASSO AI 302/10 du 8 juillet 2011 consid. 4e, AI 41/11 du 14 avril 2011 consid. 2b). Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction sur le plan médical.

d) Il s'ensuit que l'OAI était fondé à considérer, en définitive, que le recourant n'avait pas rendue plausible une modification ou une aggravation de son invalidité au cours de la période déterminante. En outre, lorsque l'OAI retient, dans une motivation complémentaire, que les éléments médicaux figurant au dossier – soit les rapports des médecins consultés par l'assuré et le rapport d'examen du SMR – ne mettent pas en évidence d'aggravation de l'état de santé par rapport aux circonstances qui se présentaient au moment de la décision initiale de refus de rente, cet office fait une appréciation qui n'est objectivement pas critiquable.

Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. En dérogation à 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

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 contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui succombe (art. 61 let. g LPGa).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. 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 :

- A. _____
- 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 également 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).

Le greffier :