

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 et 44 LPGA; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: le recourant), né en 1955, marié, est originaire de la République démocratique du Congo. Il vit en Suisse depuis 1975. Il y a exercé plusieurs activités lucratives non qualifiées (aide-teinturier, aide de garage). Il a également travaillé comme magasinier, profession pour laquelle il est titulaire d'un certificat fédéral de capacité depuis 1994. Son dernier emploi remonte à un engagement comme magasinier pour les éditions U. _____, à [...], du mois de novembre 2003 au mois d'octobre 2004. Depuis lors, il n'a plus retravaillé et a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'en octobre 2006.

B. À partir de 2001, D. _____ a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail. Les docteurs W. _____ et F. _____, médecins à l'Hôpital R. _____, ont notamment attesté une incapacité de travail totale du 15 novembre 2004 au 31 janvier 2005, dans un rapport du 18 janvier 2005. Ils ont exposé que l'assuré avait reçu une lettre de licenciement de la part de son employeur au mois de septembre 2004 et qu'il décrivait depuis cette date un sentiment de désespoir, une thymie triste, avec une rage intérieure. La symptomatologie se péjorait et le patient avait décidé de les contacter. Les docteurs W. _____ et F. _____ posaient le diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress important (F 43, selon la Classification internationale des maladie, CIM-10).

La Dresse H. _____ a été mandatée pour la réalisation d'une expertise psychiatrique par l'assurance perte de gain auprès de laquelle D. _____ était assuré, en raison d'un contrat collectif conclu par son employeur. Dans un rapport du 21 mars 2005, elle a posé les diagnostics de réaction aiguë à un facteur de stress (F 43.0, selon la CIM-10), et de traits de personnalité obsessionnelle (F 60, selon la CIM-10). L'assuré avait vécu un sentiment d'échec brutal dans sa vie professionnelle après plusieurs essais de formation par lui-même par des cours du soir et une intégration réussie en Suisse sur le plan social. Il se trouvait confronté à un sentiment d'impuissance sans bien en comprendre toutes les raisons

jusqu'à ce jour. D'autre part, le fait de n'avoir guère de possibilité de trouver une réponse à ses interrogations ne faisait qu'aviver le sentiment de vulnérabilité. Un travail psychothérapeutique axé sur un plus long terme (six mois à deux ans) pourrait lui permettre de trouver ses ressources personnelles afin de mieux les exploiter. Jusqu'à la fin mars 2005, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 %, mais il pourrait reprendre très rapidement le travail à 100 %. Peu avant ce rapport d'expertise, la Dresse H. _____ avait précisé, dans une lettre du 12 mars 2005 au Dr N. _____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, que l'assuré aurait recouvré une pleine capacité de travail dans un délai de moins de trois mois.

Les 14 mars et 4 avril 2005, les docteurs W. _____ et F. _____ ont attesté une incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 11 avril 2005.

C. Le 25 mars 2008, D. _____ a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, en alléguant divers problèmes de santé. Il était à l'époque suivi par le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, qui a fait état de plusieurs périodes d'incapacité de travail depuis 2001, dans un rapport du 29 mai 2008 (incapacité de travail de 100 % du 7 au 23 septembre 2001 et du 17 octobre 2001 au 27 janvier 2002, de 50 % du 28 janvier au 10 février 2002, de 100% du 3 au 4 mai 2002, du 13 janvier au 3 février 2003, du 24 au 29 octobre 2003, du 5 au 9 novembre 2003, du mois d'octobre 2004 au 30 avril 2005, puis dès le 28 novembre 2005 pour environ deux semaines et dès le 1^{er} septembre 2006 pour environ deux mois). A l'époque de la rédaction du rapport, l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 14 février 2007 et il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration de la capacité de travail. Le Dr J. _____ posait les diagnostics d'état dépressif à composante réactionnelle chez un patient avec troubles de la personnalité de nature indéterminée (avec notamment confusion de la pensée, sentiments de préjudice, tendances projectives), status après dépendance à l'alcool stoppée il y avait 17 ans, diabète II, insuffisance artérielle des membres inférieurs avec claudication intermittente de stade II, status post-dilatation et pose de stent sur l'artère

fémorale superficielle gauche le 7 septembre 2001, thrombolyse pour occlusion du stent, dilatation d'une sténose en amont de celui-ci le 11 septembre 2001, pontage fémoro-poplité bas le 19 octobre 2001, avec très vraisemblable réocclusion entre-temps. Les symptômes présentés étaient, au plan psychique, des angoisses, une appréhension face à l'inconnu, un découragement, une incapacité à affronter les démarches administratives, des sentiments d'impuissance et d'injustice, un état de confusion, des problèmes de concentration et d'oubli des échéances. L'assuré présentait une probable intolérance au stress et incapacité à fonctionner dans un cadre donné, avec un état de confusion, des problèmes de concentration et des oublis. Les atteintes à sa santé physique l'empêchaient d'exercer une activité impliquant une marche ininterrompue de plus de cinquante mètres ou la montée d'un escalier ou d'une échelle; elles impliquaient en outre qu'il puisse faire des contrôles pour son diabète en fonction des efforts accomplis.

D. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'intimé) a ordonné un examen psychiatrique par le Dr T._____, médecin au Service régional de l'assurance-invalidité (SMR), à [...]. L'examen s'est déroulé le 2 juillet 2008. Dans un rapport du 14 juillet 2008, le Dr T._____ a posé le diagnostic de dysthymie (F 34.1, selon la CIM-10) et considéré que cette atteinte à la santé n'entraînait aucune incapacité de travail. Il a exposé que l'assuré présentait une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquaient le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais restent la plupart du temps fatigués et déprimés, rien ne leur étant agréable, avec des ruminations, des plaintes, des troubles du sommeil et une perte de confiance en soi; les personnes touchées par cette atteinte à la santé restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui était précisément le cas de l'assuré, qui assurait une partie de l'entretien de la maison. En dehors de ce tableau de dysthymie, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de signe de dépression majeure, de

décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Dans un avis médical du 17 juillet 2008, le Dr L._____, médecin au Service régional de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière. Le diabète de type II et l'artériopathie des membres inférieurs limitaient un peu la marche rapide, mais ne constituaient pas un empêchement pour la profession de magasinier.

E. Par décision du 13 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de D._____. Ce dernier a recouru devant le Tribunal cantonal en demandant la réforme de cette décision en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée. Le 22 février 2010, il a requis l'administration d'une expertise judiciaire en vue d'établir les faits, compte tenu notamment d'une lettre du 15 février 2010 du Dr J._____. Dans cette lettre, ce médecin précisait que la réalisation d'une expertise lui semblait opportune, dès lors que l'assuré avait besoin et bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier auprès de la Dresse P._____, associé à un important traitement médicamenteux comprenant deux antidépresseurs et un neuroleptique (8 cp/j). Le Dr J._____ se déclarait surpris que selon l'OAI, l'assuré ne présentait qu'une dysthymie sans répercussion sur sa capacité de travail.

F. Par jugement du 4 mai 2011 (AI 566/08 - 218/2011), le Tribunal cantonal a rejeté le recours de D._____ contre la décision du 13 octobre 2008. Il a notamment considéré que ni le rapport du 29 mai 2008 du Dr J._____ ni sa lettre du 15 février 2010 ne permettaient de mettre sérieusement en cause la valeur probante des constatations des docteurs T._____ et H._____. Certes, au regard de la lettre du 15 février 2010 du Dr J._____, on ne pouvait exclure que l'état de santé du recourant se fût péjoré postérieurement à l'examen pratiqué par le Dr T._____ en juillet 2008 - soit que les traits de personnalité obsessionnelle mentionnés

par la Dresse H._____ eussent atteints le seuil de morbidité, soit que la dysthymie du recourant eusse évolué en dépression -, au point qu'un suivi par la Dresse P._____ fût désormais nécessaire, de même que la prescription d'antidépresseurs et d'un neuroleptique. Mais au regard des constatations des docteurs H._____ et T._____, on pouvait exclure qu'une telle évolution, à supposer qu'elle fût établie, pût influencer sur le droit à la rente au moment de la décision litigieuse du 13 octobre 2008. Elle ne pouvait donc pas être prise en considération pour statuer sur le litige.

G. Le 22 juin 2011, le Dr J._____ a demandé à l'OAI de bien vouloir réévaluer la situation de D._____. D'une part, il était régulièrement suivi, depuis fin 2008, par la Dresse P._____, qui lui prescrivait une médication importante. D'autre part, des tests psychologiques avaient été organisés par la Dresse P._____ et effectués au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____ ([...]). Ils avaient mis en évidence un aménagement de la personnalité de l'assuré de type schizo-paranoïaque qui expliquait bien les problèmes médico-sociaux qu'il présentait de longue date. Le Dr J._____ a notamment produit un rapport établi le 17 décembre 2010 par V._____, psychologue adjointe au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____. Cette nouvelle demande a été confirmée par l'assuré le 6 juillet 2011.

Entre-temps, le 27 juin 2011, le Dr B._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a pris position sur le dossier. Il a observé que l'évaluation de la personnalité faite en décembre 2010 au Centre hospitalier Q._____, fondée sur des tests projectifs, mettait en évidence des traits de personnalité existant depuis des années et qui ne constituaient ni un fait médical nouveau ni une atteinte à la santé indépendante.

H. Le 7 juillet 2011, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. D._____ a aussitôt interjeté un recours devant le Tribunal cantonal, que celui-ci a déclaré irrecevable par jugement du 17 août 2011 (AI 216/11 - 384/2011).

Par décision du 20 septembre 2011, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

I. Par acte du 18 octobre 2011, complété le 19 novembre 2011, D._____ interjette un recours de droit administratif contre cette décision. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du 6 octobre 2011 de la Dresse P._____ et un rapport du 17 octobre 2011 du Dr J._____.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 15 décembre 2011. Le recourant a déposé une nouvelle détermination le 14 février 2012, qui a été communiquée à l'intimé pour information.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. **a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans leur teneur en vigueur avant le 1^{er} janvier 2012; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). 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'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). L'administration doit se montrer 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 (Vallat, op. cit., p. 396).

b) En cas de recours contre une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le pouvoir d'examen du tribunal se limite au point de savoir si l'assuré a rendu plausible ou non, devant l'OAI, une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées. Si tel est le cas, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse la cause pour établir les faits et statue au fond sur le droit aux prestations. Dans le cas contraire, le recours est rejeté. Dans ce contexte, le tribunal n'examine en principe le caractère plausible ou non des allégations de l'assuré que sur la base des moyens de preuves que celui-ci avait soumis à l'OAI à l'appui de sa nouvelle demande (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et TF I 951/06 du 31 octobre 2007, consid. 2.1).

c) Le recourant conteste un refus d'entrer en matière de l'intimé sur une nouvelle demande qu'il a présentée. Le litige porte donc uniquement sur le point de savoir si le recourant avait ou non rendu plausible, devant l'intimé, la péjoration de l'état de santé qu'il allègue. Les

nouvelles pièces produites par le recourant devant le tribunal ne sont donc pas recevables.

3. A l'appui des allégations du recourant figure, au dossier, un rapport du 22 juin 2011 du Dr J._____. Ce dernier indique que depuis la fin de l'année 2008 - soit postérieurement à l'expertise réalisée par le Dr T._____- D._____ est régulièrement suivi sur le plan psychiatrique par la Dresse P._____. Cette dernière lui a prescrit une importante médication. En outre un test psychologique réalisé au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____ a mis en évidence un aménagement de la personnalité de type schizo-paranoïaque. Le rapport sur ce point, daté du 17 décembre 2010, figure également au dossier. Ces documents rendent plausible - sans toutefois suffire à la démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante - une péjoration de l'état de santé du recourant postérieurement à l'examen pratiqué par le Dr T._____ en juillet 2008. Ainsi, dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2008, ce médecin indique que le recourant a consulté dès 2004 un médecin généraliste, puis un psychiatre, à l'Hôpital R._____, à raison d'une fois par mois en 2004-2005. Depuis 2006 toutefois, et jusqu'au moment de l'expertise, un tel suivi n'était plus nécessaire, en raison d'une nette amélioration du tableau avec disparition des ruminations et des idées noires itératives. Le Dr T._____ ne mentionne pas même des traits de personnalité obsessionnelle qu'avait mis en évidence la Dresse H._____, ce qui indique qu'à l'époque de l'expertise, ces traits de personnalité n'étaient pas particulièrement prononcés compte tenu de l'équilibre qu'avait trouvé l'assuré. La reprise de consultations psychiatriques auprès de la Dresse P._____ et l'importante médication qu'elle semble avoir prescrit à l'assuré rendent plausible une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis lors. Par ailleurs, l'aménagement d'une personnalité de type schizo-paranoïaque, décrit dans le rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____ du 17 décembre 2010, laisse clairement penser à une évolution morbide des traits de personnalité déjà mis en évidence antérieurement par la Dresse H._____. A la lecture des pièces produites par le recourant, la question se pose donc sérieusement de savoir si, d'une part, ces traits de

personnalité ont atteint un seuil de morbidité, et d'autre part, si la simple dysthymie diagnostiquée par le Dr T._____ a évolué vers une dépression. Ces questions justifient d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire la cause en demandant, dans un premier temps, un rapport complémentaire de la Dresse P._____, puis, si ses renseignements corroborent un trouble de la personnalité ou une dépression moyenne à sévère, en mettant en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA.

4. Vu ce qui précède, le recours est admis et la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assuré. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 LPA-VD) ni d'allouer de dépens, le recourant n'étant pas représenté en procédure.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision du 20 septembre 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, qu'il instruisse la cause et statue sur le droit aux prestations au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. D. _____,
- 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 :