

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : M. Neu et Mme Pasche  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1964, ressortissant espagnol, a travaillé dès le 25 mai 1993 comme maçon-coffreur en Suisse. Le 31 juillet 1995, l'assuré a été victime d'un accident professionnel avec fracture comminutive du pilon tibial droit. Il n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis lors. Par décision du 8 juillet 1998, confirmée par décision sur opposition du 18 février 1999, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 25% dès le 1<sup>er</sup> mars 1998, ainsi qu'une indemnité de 5% pour atteinte à l'intégrité.

Le 28 mai 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 26 novembre 2001, confirmée dans un arrêt rendu le 9 octobre 2003 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AI 4/02 - 335/2003), puis dans un arrêt I 805/03 du 24 janvier 2005 du Tribunal fédéral des assurances, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a refusé l'octroi d'une rente. L'OAI et les tribunaux ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (activité légère, de type industriel, en position assise, sans limitation de rendement) et une perte économique, respectivement un taux d'invalidité de 20.85%, arrondi à 21%.

**B.** Le 29 novembre 2004 déjà, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il y a notamment joint un certificat médical du 23 mars 2004 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur, Service de rhumatologie du CHUV. Elle y a exposé suivre régulièrement l'assuré en raison de problèmes de santé liés à l'accident de travail de 1995 et constaté que sa situation, déjà déplorable à l'époque, se détériorait de plus en plus. Sur le plan fonctionnel, l'assuré était de plus en plus handicapé à la marche, son périmètre de marche, même avec deux cannes anglaises, ne dépassant pas 300 mètres; le questionnaire d'Oswestry montrait un taux de 64% de

répercussion de la douleur sur la vie quotidienne. A cela s'ajoutait un état anxio-dépressif avec insomnies, fatigue, ruminations, sentiment de dévalorisation et idées noires. Selon ce médecin, son patient avait adhéré à toutes les propositions thérapeutiques mais l'évolution restait défavorable tant sur le plan antalgique que fonctionnel. L'état de l'assuré était totalement incompatible avec l'activité professionnelle antérieure à l'accident et, dans une activité adaptée, on ne pouvait envisager qu'une activité occupationnelle (la demi-journée dans un travail sans port de charge et avec la possibilité de changer de postures), ce qui représentait une rentabilité d'un maximum de 30%.

Dans un rapport médical du 8 juin 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré une arthrose post-traumatique cheville et pieds droits, ainsi qu'une lourde sciatalgie bilatérale, sur hernie discale L4-L5 et retrolisthésis. Comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, il a indiqué: surcharge psychique avec état anxio-dépressif et revendications. L'incapacité de travail attestée était de 100% depuis 1995. Le praticien a précisé que son patient formulait de multiples plaintes ("tout va mal"), qu'il était de plus en plus gêné à la marche, avec une boiterie importante, qu'il y avait des signes de surcharge, l'assuré se montrant très démonstratif. Le pronostic était très réservé. Il a relevé qu'un examen rhumato-psychiatrique serait très utile. En ce qui concerne la capacité de travail de son patient, l'activité exercée précédemment n'était plus exigible, une activité adaptée, en position assise, sans effort, ni marche et préservant tant son dos que ses membres inférieurs serait exigible, mais difficilement; enfin, vu le contexte (le patient n'avait plus travaillé depuis 1995, montrait peu de motivation, était revendicateur, parlait mal et n'écrivait pas le français), un taux maximum de 50% était envisageable.

Dans un rapport médical du 18 juillet 2005, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient notamment un état anxio-dépressif et des troubles de l'adaptation, apparus en 1995 et s'aggravant au cours des

années. L'échelle d'auto-évaluation relative à l'anxiété/dépression (Dallas) montrait des répercussions de 90%. Le patient présentait aussi des troubles du sommeil, une importante fatigabilité, une irritabilité, un retrait social et un sentiment d'inutilité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dès lors que l'assuré présentait des troubles de mémoire et n'avait plus de capacité d'adaptation. Ce médecin relevait en outre qu'il avait fait des efforts pour avoir au moins une activité occupationnelle, mais que, malheureusement, aucun office de placement ne donnait suite à la demande d'une personne qui se déplaçait avec deux cannes anglaises. Dans ses conclusions, elle indiquait que l'accident de 1995 avait entraîné des troubles physiques et psychologiques que son patient était incapable d'assumer. Sans formation professionnelle, il n'avait misé que sur sa force physique; confronté aux douleurs, aux limitations fonctionnelles et par la suite aux difficultés financières, il s'était laissé prendre par un sentiment de révolte, comportement qui pouvait être jugé hâtivement comme une composante psychosomatique. La Dresse G. \_\_\_\_\_ a déclaré s'être rendu compte que l'assuré n'avait pas d'autres moyens d'exprimer son désarroi face aux diverses pertes directes ou indirectes de son accident, de sorte qu'il s'agissait de troubles de l'adaptation avec impossibilité de réadaptation d'un patient chez qui, sur le plan neuropsychologique, on avait pu démontrer également des troubles mnésiques.

Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 27 janvier 2003 annexé au rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2005, la Prof. J. \_\_\_\_\_, médecin chef de la Division autonome de neuropsychologie du Centre hospitalier universitaire vaudois, a posé les conclusions suivantes :

"Nous relevons des troubles mnésiques verbaux modérés en mémoire immédiate et antérograde, associés à un ralentissement aux épreuves de dénomination sous contrainte temporelle et d'inhibition d'une réponse prégnante. Par ailleurs, les fonctions logo-practo-gnosiques, exécutives et attentionnelles sont dans la norme. Les troubles mnésiques observés sont de nature à rendre difficile une réinsertion professionnelle."

Par avis médical du 20 février 2006, la Dresse X. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a indiqué que, dès lors

que la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, préconisait une incapacité totale de travail alors que l'autre médecin traitant de l'assuré, le Dr W.\_\_\_\_\_, attestait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, il convenait de confier un mandat d'expertise bi-disciplinaire à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI).

Dans le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 mai 2006, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, du COMAI de Nyon ont indiqué que, sur le plan psychique, l'assuré disait se sentir très mal, parce qu'il ne voyait pas de résultat sur le plan médical. Il précisait ruminer beaucoup, se demandant ce qui allait se passer le lendemain et ne voyant pas de futur dans sa vie. Auparavant, il était dynamique. Il avait alors une mauvaise image de soi, peu de confiance, n'éprouvait aucun plaisir et n'avait que peu d'occupations dans la journée. Il attendait une rente et ne se voyait pas travailler. Les experts ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré :

- status après fracture du pilon tibial droit (1995);
- syndrome radiculaire irritatif L5 droit sur une hernie discale L4-L5 droit;
- lombalgies chroniques sur troubles de la posture (boiterie droite à cause des séquelles de la fracture du pilon tibial droit).

Les experts ont relevé que lors de l'examen psychiatrique, la collaboration n'avait pas été optimale, la relation établie très fonctionnelle, l'assuré se montrant relativement désabusé. Il ne s'était jamais montré souriant. La compréhension de la langue française étant très insuffisante, l'examen s'était déroulé en présence d'une traductrice. L'observation n'avait mis en évidence que peu de signes dépressifs et plus d'inquiétudes que d'angoisses (argent, famille, maladie). Le discours était peu précis, il y avait de nombreuses questions à côté, mais le processus de pensée ne montrait rien qui laisserait suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement compensée. L'intelligence était faible, les capacités de jugement et de raisonnement apparaissaient comme nettement en dessous de la norme. Il n'y avait pas cliniquement de troubles observés dans la sphère neuropsychologique, si ce n'était des

troubles de la mémoire d'évocation. Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré, en tant que maçon coffreur, était nulle. Par extension, sa capacité de travail était nulle dans toutes les activités obligeant l'assuré à se déplacer, porter des charges lourdes, se pencher en avant ou faire des mouvements de torsion ou d'inclinaison du rachis. Un travail de "type bureau" serait possible à 100%, avec la possibilité de changer fréquemment de position. Dans leurs conclusions, les experts indiquaient que des mesures de réadaptation professionnelle étaient difficilement envisageables, l'assuré étant sans formation professionnelle et parlant très mal le français.

Dans le rapport d'examen du 14 juin 2006, la Dresse X. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'expertise COMAI arrivait aux mêmes conclusions notamment que le rapport du SMR du 5 juillet 2001 et, qu'en l'absence de toute motivation de l'assuré pour des mesures de réadaptation professionnelle et sa croyance qu'il ne pouvait rien faire, il convenait de faire une approche théorique de sa situation.

Par décision du 29 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, retenant toutefois un degré d'invalidité de 21 %.

Par arrêt du 25 novembre 2009 (cause AI 354/08 - 400/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté contre cette dernière décision et concluant à mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure de réadaptation. Tout en annulant la décision de l'OAI, la Cour a renvoyé la cause à cet office pour nouvelle instruction sur la réalisation de la condition d'aptitude subjective du recourant, au motif que les éléments à ce sujet dataient de 2005 et 2006, n'étaient pas concluants et se fondaient sur un dossier incomplet vu l'attitude ultérieure exprimée par l'assuré, puis pour nouvelle décision. Selon la Cour, il ne ressortait pas du dossier que l'OAI se soit entretenu avec l'assuré pour aborder la question de sa réinsertion professionnelle éventuelle, ni qu'il lui ait proposé une telle mesure.

**C.** L'OAI a repris l'instruction et mis en œuvre l'Orif (Office d'intégration et de formation professionnelle). Dans son rapport final du 24 septembre 2010, l'Orif a indiqué que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée, qu'il avait été mesuré des rendements alors de l'ordre de 48% à 70%, en précisant que l'assuré mettait en doute qu'un patron accepte de l'engager avec ses limitations et ses douleurs. Le médecin-conseil de l'Orif, le Dr D.\_\_\_\_\_, expliquait la baisse de rendement notamment avec la faible motivation de l'assuré selon les travaux à accomplir.

Le 30 juin 2011, l'assuré a demandé une aide au placement. A ce sujet, un premier entretien entre l'OAI et l'assuré a eu lieu le 7 septembre 2011. L'OAI a retenu dans une note de cet entretien notamment ce qui suit:

"Actuellement au service social, ils ont sollicité notre assuré pour s'inscrire auprès de l'ORP [réd. Office régional de placement] (M. H.\_\_\_\_\_) dans le cadre du RI [réd.: revenu d'insertion] Pro. Toutefois, le conseiller chargé du dossier a fait appel au médecin-conseil de l'ORP pour statuer si l'assuré est apte au travail. Le rendez-vous est prévu le 30 septembre prochain. M. H.\_\_\_\_\_ nous communiquera le résultat de cette investigation dès que possible."

Par décision du 19 août 2011, reprenant la motivation d'un projet de décision du 10 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Le 22 septembre 2011, l'OAI a rendu une décision identique à celle du 19 août 2011. Comme dans la décision annulée du 29 mai 2008, l'OAI a retenu une perte de gain de 11'970 fr. et un degré d'invalidité de 21%.

L'assuré n'a pas déposé de recours contre ces décisions.

**D.** Un rapport adressé à l'ORP de Renens le 4 octobre 2011 par la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Service de l'emploi, a relevé que l'assuré était en incapacité totale dès cette date, probablement de longue durée, en remarquant :

*"Partie à remplir par l'ORP:  
(...)"*

But de la consultation chez le médecin conseil : (...)

(...) Le retour à l'économie primaire avec lequel on travaille me semble utopique vu l'état de santé de l'assuré (il ne peut pas marcher sans béquilles). J'ai le sentiment que le CSR m'envoie un cas dont ils ne savent plus quoi faire.

J'ai besoin de savoir si l'assuré peut travailler dans l'économie primaire, dans le cas contraire quelle mesure d'aide à la réinsertion peut-on lui octroyer, mis à part celles déjà précitées et quelles sont ses restrictions?

(...)

[réd.: réponse du médecin]

La personne s'est présentée à la consultation : oui

Estimation de la capacité de travail : incapacité totale dès maintenant

L'incapacité est probablement de longue durée.

Une demande AI a-t-elle été déposée ? oui en 2002 et 2004

**Remarques** : M. R. \_\_\_\_\_ présente des problèmes de santé interférant avec sa capacité de travail. Plusieurs demandes pour une rente AI et pour des mesures de reclassement professionnel auprès de l'AI ont été refusées. L'AI considère qu'il est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et a proposé son aide à la réinsertion. Dans le cadre de l'AI et du service social, M. R. \_\_\_\_\_ a eu plusieurs mesures adaptées à ses problèmes de santé qui n'ont pas abouti. Dans ce contexte, je considère que M. R. \_\_\_\_\_ n'est pas capable de travailler sur le marché lucratif, ceci même que théoriquement on pourrait attendre une capacité de travail dans une activité adaptée.

Je propose de ne plus poursuivre des mesures actives dans cette situation."

L'ORP n'a apparemment pas communiqué ce rapport à l'OAI. Ce n'est que l'assuré qui le lui a transmis par courrier du 13 février 2012, alors que l'OAI lui avait demandé par écriture du 1<sup>er</sup> février 2012 de lui faire parvenir 10 recherches d'emploi par mois depuis novembre 2011.

Par décision du 15 février 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il cessait ses démarches d'aide au placement, en se référant au courrier transmis le 13 février 2012.

**E.** Par lettre du 28 février 2012, l'assuré a demandé que son droit à une rente soit réexaminé au motif que son état de santé s'était encore péjoré et qu'il était au bénéfice d'un élément de preuve nouveau, c'est-à-dire du rapport de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2011. Il a requis la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise.

Le 5 mars 2012, l'OAI lui a répondu qu'il considérait le courrier du 28 février 2012 comme une nouvelle demande au sens des art. 17 LPGA et 87 RAI et lui a imparti un délai pour produire tous documents et précisions établissant une modification de la situation de santé.

Dans un rapport du 22 mars 2012 adressé à l'OAI, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit :

**"Diagnostics :**

- Douleurs et limitations fonctionnelles au membre inférieur droit d'origine multifactorielle:
  - Fracture comminutive du pilon tibial droit le 31.07.1995 traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse.
  - Status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse le 04.10.1996.
  - Arthrose secondaire de la cheville droite.
  - Atrophie musculaire du membre inférieur droit.
- Lombo-sciatalgies droites sur troubles statiques, troubles dégénératifs, hernie discale L4/L5 médiane et paramédiane droite et rétrolisthésis de L4 sur L5.
- Etat anxio-dépressif et troubles de l'adaptation.
- Troubles mnésiques modérés confirmés par examen neuropsychologique.
- Excès pondéral.
- Status après accident de voiture en 1985 avec traumatisme cranio-cérébral.
- Status après accident de voiture en 1994.
- Status après fracture de l'épaule et du bras droits sans séquelle (pas de date précisée).

**Description de l'aggravation de l'état de santé :**

Les douleurs au niveau de la cheville droite, ainsi que les sciatalgies, sont depuis plusieurs mois permanentes avec exacerbation aiguë à la marche ou en station debout prolongée. Très souvent le patient est également sujet de lumbagos. S'y ajoutent des troubles du sommeil, une irritabilité et des troubles dysthymiques l'isolant socialement.

Le patient a un déconditionnement musculaire global et surtout au niveau du membre inférieur droit. Il ne peut pas se déplacer sans deux cannes. Faute de ces moyens auxiliaires, il y a des lâchages du membre inférieur droit u4, entraînant des chutes.

**Incapacité de travail:**

Cet assuré a une incapacité de travail de 100% dans son métier de maçon-manoeuvre sur les chantiers. La même incapacité de travail doit être considérée pour toute activité adaptée, même la plus légère possible (il ne peut pas marcher sans canne, ne peut pas rester assis longtemps, ne peut pas manipuler ou porter des poids, ne peut pas travailler en rotation du tronc, ne peut pas travailler en zone haute ou en zone basse).

Le pronostic est défavorable chez ce patient qui est désinséré professionnellement depuis 1995 et qui présente des affections de l'appareil locomoteur qui empêchent toute activité physique."

Dans un avis médical du 26 mars 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré que le rapport de la Dresse G.\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'élément médical nouveau et ne faisait que confirmer le déconditionnement et la désinsertion professionnelle de l'assuré. Le Dr V.\_\_\_\_\_ relevait pour le surplus que la Dresse G.\_\_\_\_\_ ne mentionnait que des limitations fonctionnelles déjà retenues depuis 2006 par le SMR,

seule son estimation de la capacité de travail étant différente. Selon le SMR, il n'existait aucune raison de modifier l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 16 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé se serait modifié depuis la décision du 22 septembre 2011, en précisant que ses limitations fonctionnelles avaient déjà été retenues depuis 2006 par le SMR. Dès lors, la capacité de travail et le taux d'invalidité n'avaient pas changé.

L'assuré a demandé le 24 avril 2012 une expertise neutre en se référant aux rapports des Dresses G. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2012 et Z. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2011.

Par décision du 22 juin 2012 reprenant la motivation du projet de décision du 16 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

**F.** Par acte du 12 juillet 2012, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision en concluant à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande de rente et mette en œuvre une nouvelle expertise. Il a relevé notamment qu'aucune expertise n'avait été faite depuis 2006, que son médecin confirmait une aggravation de son état de santé, que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de faire un travail physique et que ses limites intellectuelles et fonctionnelles empêchaient une reconversion.

Dans sa réponse du 6 septembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, en exposant que les rapports auxquels le recourant se référait n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 22 septembre 2011.

Dans sa réplique du 26 septembre 2012, le recourant a reproché à l'OAI de ne pas prendre position sur des éléments médicaux clairs et de se contenter de les comparer avec des situations antérieures

et son appréciation antérieure. Il a précisé que l'aide au placement n'avait pas donné de résultats, car il était hors d'état de collaborer. Il a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Le 8 octobre 2012, l'OAI a déclaré renoncer à dupliquer.

Le 19 octobre 2012, le recourant a demandé qu'il soit statué rapidement, notamment sur sa réquisition d'une nouvelle expertise.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** 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 en principe à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 devant le tribunal des assurances compétent (art. 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).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable en la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**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; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est seul litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la troisième et dernière demande de rente présentée le 28 février 2012 par le recourant.

**3.** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]), 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) 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). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 RAI. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

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 lorsque l'administration considère, comme en l'espèce, que les documents produits par l'assuré ne permettent pas de rendre plausible

une modification de son état de santé et, partant, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**4. a)** Selon l'art. 15 al. 1 LACI (Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.0), est réputé apte à être placé le chômeur qui est disposé à accepter un travail convenable et à participer à des mesures d'intégration et qui est en mesure et en droit de le faire. Selon la jurisprudence, l'aptitude au placement comprend ainsi deux éléments: la capacité de travail d'une part, c'est-à-dire la faculté de fournir un travail - plus précisément d'exercer une activité lucrative salariée - sans que l'assuré en soit empêché pour des causes inhérentes à sa personne, et d'autre part la disposition à accepter un travail convenable au sens de l'art. 16 LACI, ce qui implique non seulement la volonté de prendre un tel travail s'il se présente, mais aussi une disponibilité suffisante quant au temps que l'assuré peut consacrer à un emploi et quant au nombre des employeurs potentiels (ATF 136 V 95 consid. 7.3; 125 V 51 consid. 6a; TF 8C\_490/2010 du 23 février 2011 consid. 3.1; 8C\_138/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 3.1 et les références citées).

Lorsque les recherches d'emploi sont continuellement insuffisantes, l'aptitude au placement (art. 15 LACI) peut être niée (ATF 123 V 214 consid. 3). Pour admettre une inaptitude au placement en raison de recherches insuffisantes, il faut que l'on se trouve en présence de circonstances tout à fait particulières. C'est le cas, notamment, si l'assuré, malgré une suspension antérieure de son droit à l'indemnité, persiste à n'entreprendre aucune recherche ou lorsque, nonobstant les apparences extérieures, on peut mettre en doute sa volonté réelle de trouver du travail. Il en va de même lorsque l'assuré n'entreprend aucune démarche pendant une longue période ou que ses recherches sont à ce point insuffisantes ou dépourvues de tout contenu qualitatif qu'elles sont inutilisables (TF 8C\_490/2010 du 23 février 2011 consid. 5.2 et les références citées).

**b)** Selon l'art. 15 al. 3 LACI, s'il existe des doutes sérieux quant à la capacité de travail d'un chômeur, l'autorité cantonale peut ordonner qu'il soit examiné par un médecin-conseil, aux frais de l'assurance. Selon l'art. 15 al. 2 LACI, le handicapé physique ou mental est réputé apte à être placé lorsque, compte tenu de son infirmité et dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché de l'emploi, un travail convenable pourrait lui être procuré sur ce marché (1<sup>ère</sup> phrase). Le Conseil fédéral règle la coordination avec l'assurance-invalidité (2<sup>ème</sup> phrase).

Sur la base de cette délégation, le Conseil fédéral a réglé la coordination à l'art. 15 OACI (Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.02). Cette disposition prévoit que, pour déterminer l'aptitude au placement des handicapés, les autorités cantonales et les caisses coopèrent avec les organes compétents de l'assurance-invalidité. Le Département fédéral de l'économie (DFE) règle les modalités en accord avec le Département fédéral de l'intérieur (al. 1). L'al. 1 est également applicable lorsque des institutions de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-maladie, de l'assurance militaire ou de la prévoyance professionnelle sont impliquées dans l'examen du droit à l'indemnité ou dans le placement de handicapés (al. 2). Lorsque, dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché du travail, un handicapé n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance-invalidité ou à une autre assurance selon l'al. 2, il est réputé apte au placement jusqu'à la décision de l'autre assurance. Cette reconnaissance n'a aucune incidence sur l'appréciation, par les autres assurances, de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative (al. 3). Selon la jurisprudence, les exigences posées à l'aptitude au placement sont moindres tant que l'autre assurance n'a pas donné de décision définitive. Si l'assuré est manifestement inapte à être placé, il n'a pas droit aux prestations de l'assurance-chômage. Ce droit lui sera aussi nié, s'il considère lui-même qu'il n'est pas apte au travail en attendant la décision de l'AI et qu'il ne recherche ni n'accepte un travail réputé convenable (ATF 136 V 95; cf. aussi les directives du SECO in 015-Bulletin LACI 2010/28 et 2010/29, ch. 2).

**c)** L'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires dans le sens qu'un assuré privé de capacité de gain pourrait dans tous les cas invoquer soit l'invalidité soit le chômage. L'assurance-invalidité se fonde sur la notion de capacité de travail, tandis que l'assurance-chômage sur celle de l'aptitude au placement qui comprend non seulement la capacité de travailler (condition objective), mais également la volonté d'accepter un travail (condition subjective). Si la personne assurée n'est pas disposée à accepter un tel emploi ou s'estime totalement incapable de travailler, elle est inapte au placement et ne peut prétendre l'avance des prestations par l'assurance-chômage. Il en va ainsi même si une capacité de travail supérieure à celle alléguée par la personne assurée est attestée médicalement (ATF 136 V 95 consid. 7.1 et les références citées). Même si l'aptitude au placement d'un chômeur handicapé s'apprécie avec plus de souplesse que dans le cas d'un assuré qui ne s'est pas annoncé à l'assurance-invalidité, il faut que celui-ci soit disposé à accepter un emploi correspondant à sa capacité de travail résiduelle et qu'il recherche effectivement un tel emploi (TF 8C\_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 4.2; TF 8C\_5/2009 du 2 mars 2010 consid. 7.1). S'il n'est pas disposé à accepter un tel emploi ou s'estime totalement incapable de travailler, il est inapte au placement et ne peut prétendre l'avance des prestations par l'assurance-chômage. La disponibilité sur le marché du travail doit toujours exister durant la période d'attente de la décision de l'office AI (TF 8C\_406/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.1; Boris Rubin, Assurance-chômage, 2<sup>ème</sup> édition, 2006, p. 245 ss; Jacques-André Schneider, LAI, Perte de gain maladie et LACI: quel suivi individualisé pour l'assuré ? in Kahil-Wolff/Simonin [éditrices], La 5<sup>e</sup> révision de l'AI, 2009, p. 76 ss).

La personne qui a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité et qui est entièrement sans emploi, mais qui n'est capable de travailler qu'à temps partiel en raison d'atteintes à sa santé, a droit à une pleine indemnité journalière de chômage, fondée sur l'obligation de l'assurance-chômage d'avancer les prestations, si elle est prête à accepter un emploi dans la mesure de sa capacité de travail

attestée médicalement (ATF 136 V 95). L'indemnité de chômage doit être fixée sur la base d'une perte de travail de 100%, si l'assuré handicapé n'apparaît pas manifestement inapte au travail et qu'il se déclare prêt à accepter un emploi réputé convenable à hauteur de sa capacité de travail partielle. La volonté déclarée de l'assuré doit se manifester par des recherches de travail, faute de quoi une sanction lui sera infligée. Les recherches doivent porter sur des emplois qui correspondent, en ce qui concerne le taux d'occupation et les exigences, aux possibilités de l'assuré (ATF 136 V 95 consid. 6.4 et les références citées; cf. aussi les directives du SECO sur la coordination AC AI, in 015-Bulletin LACI 2005/29).

**5.** Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 19 août/22 septembre 2011 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 28 février 2012. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de février 2012, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente (cf. consid.3 ci-dessus).

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en oeuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations - en l'occurrence, le rapport médical de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2011 et celui de la Dresse G.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012 - justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

Mise en œuvre par l'assurance-chômage, son médecin-conseil, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, a constaté dans son rapport du 4 octobre 2011, donc postérieure à la décision de refus de rente du 19 août/22 septembre 2011, qu'en raison des problèmes de santé et de l'échec des mesures de réadaptation, le recourant n'était pas capable de travailler sur le marché lucratif, même en admettant une capacité de travail théorique dans une activité adaptée; elle a donc proposé de ne plus poursuivre des mesures actives de la part de l'assurance-chômage dans cette situation. En réponse aux questions des organes de l'assurance-chômage, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale de longue durée. Se pose dès lors la question de la coordination entre l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage en raison du contenu du rapport établi le 4 octobre 2011 par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, singulièrement du point de savoir si ce rapport est de nature à rendre plausible une péjoration de l'état de l'intéressé. En effet, l'assurance-chômage considère dorénavant le recourant comme un assuré en incapacité de travail totale, du point de vue du marché de l'emploi, alors que l'assurance-invalidité estime que celui-ci dispose d'une capacité de travail intacte sur le marché du travail. De plus et surtout, la divergence des positions entre les deux assurances au sujet de la capacité de travail sur le marché du travail provient du fait que celles-ci ne se sont pas consultées et n'ont pas coordonné leurs approches de la situation pour déterminer à laquelle d'entre elles le recourant doit à l'avenir s'adresser pour obtenir une aide conforme aux dispositions légales. S'il est exact que les notions d'invalidité et d'inaptitude au placement ne sont pas identiques dans les deux assurances en cause, il n'en demeure pas moins que celles-ci ne peuvent se retrancher derrière l'avis d'un seul médecin pour refuser toutes deux leurs prestations. Il appartient donc à l'assurance-invalidité d'approfondir la question de la capacité de travail du recourant sur le marché de l'emploi avec l'assurance-chômage, en coordonnant leurs moyens d'investigation avant de rendre une décision à ce sujet. Dans ces conditions, l'OAI aurait dû à tout le moins entrer en matière sur la nouvelle demande de rente et examiner si et dans quelle mesure la position de l'assurance-chômage pouvait exercer une influence sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. En effet, le rapport de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, médecin-conseil des autorités de chômage, suffisait à

justifier cette entrée en matière. La cause doit donc être renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande et procède en coordination avec l'assurance-chômage avant de rendre une nouvelle décision sujette à recours.

**6.** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Les frais de justice, par 400 fr., doivent être mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant, qui a procédé sans l'assistance d'un mandataire, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. a et g LPGA; 49 et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 22 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- 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 :

- M. 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 :