

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 avril 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Merz
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

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. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, a travaillé en qualité d'ouvrier spécialisé dans le forage de béton jusqu'au 29 septembre 1999. Le 29 juin 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente d'invalidité, en faisant état de lombalgies.

Il a été examiné par les médecins du Service de rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), dont les Drs H. _____ et M. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant, ont confirmé l'existence de lombalgies dans leur rapport du 27 janvier 2000. Dans des rapports des 16 mars et 30 mai 2000, le Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques et, comme co-morbidités, un état anxio-dépressif probable avec probable syndrome d'amplification de la douleur, un reclassement professionnel dans une autre activité étant proposé.

Dans un rapport du 18 juillet 2000, le Dr T. _____, généraliste à [...] et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies, lombalgies chroniques, bombement discal médian et paramédian avec extension foraminale droite en L3-L4 et L4-L5. Il a estimé l'incapacité de travail totale dans la profession précédemment exercée et l'octroi de mesures professionnelles approprié (reclassement dans une activité plus légère).

Dans un rapport du 7 août 2000, le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine physique de réadaptation et en rhumatologie, au Centre de médecine du travail, d'ergonomie et d'hygiène (AEH), à Zurich, a diagnostiqué un syndrome lombo-spondylogène chronique avec discopathie débutante L1-L5, protrusions discales médianes à paramédianes en L3-L4 et L4-L5, une exagération des symptômes, ainsi qu'une sinusite maxillaire droite chronique. Il a également considéré l'incapacité

de travail de l'assuré totale dans le métier d'ouvrier dans le forage de béton. Par contre, dans une activité légère à moyennement lourde, il s'est prononcé en faveur d'une capacité de travail de 50 %, puis de 100 % après une période de six mois.

Sur la base de ces renseignements, le Dr G. _____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a conclu, dans un rapport du 19 juin 2001, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée et a préconisé une réadaptation professionnelle rapide.

A. _____ a alors bénéficié d'un stage d'observation professionnelle à temps complet dans des activités légères au sein des Ateliers R. _____, à [...], du 29 octobre 2001 au 28 janvier 2002.

Il a fait l'objet, durant cette période, d'un examen médical pluridisciplinaire confié aux Drs G. _____, spécialiste en médecine générale, et X. _____, spécialiste en rhumatologie, au SMR, en raison de la délivrance, par le médecin traitant, d'un certificat attestant une incapacité de travail de 50 % dès le 5 novembre 2001. Dans leur rapport du 22 novembre suivant, les médecins du SMR ont confirmé les diagnostics précédemment posés, à savoir des rachialgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis, un important syndrome d'amplification des plaintes ainsi qu'une sinusite maxillaire chronique. Ils ont également mentionné la présence de douleurs centrées initialement sur la région lombaire auxquelles se sont progressivement associées des douleurs de la région dorsale basse puis des douleurs de la région cervicale, ensuite cervico-occipito-frontale ainsi que des talalgies bilatérales. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était demeurée inchangée, les limitations fonctionnelles étant liées exclusivement à la fragilité lombaire bio-mécanique, l'assuré devant pouvoir alterner environ une fois par heure la position assise et la position debout, ne devant pas effectuer de travaux en porte-à-faux du tronc, ni soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 8 kg ni en porter excédant 10 kg. Ce dernier a repris son stage à plein temps la semaine suivant l'examen médical du 21 novembre 2001.

Après avoir rejeté la requête de l'assuré tendant à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), estimant que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, a, par décision du 26 juin 2002, rejeté la demande de prestations, motif pris que le taux d'invalidité n'était que de 9 %. Par jugement du 16 avril 2003, le Tribunal cantonal des assurances (TASS) a rejeté le recours déposé par A. _____ (TASS AI 316/02 — 148/2003). Par arrêt du 19 janvier 2004 (cause I 528/03), le Tribunal fédéral des assurances a également rejeté le recours interjeté par A. _____ auprès de cette autorité.

B. Le 12 octobre 2004, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une deuxième demande tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état de douleurs lombaires persistantes.

En cours de procédure, il a produit deux rapports des 10 avril 2003 et 15 novembre 2004 du Dr Z. _____, généraliste à [...] et médecin traitant de l'assuré, dans lesquels ce praticien mentionne que le patient souffre toujours de lombalgies basses d'intensité variable, de cervicalgies et entre autres, de talalgies inférieures avec des métatarsalgies, ces douleurs étant péjorées à la mobilisation et posturo-dépendantes. Elles sont persistantes et invalidantes, malgré un suivi médical régulier avec un traitement antalgique continu. Il ajoute que le scanner effectué le 9 septembre 2004, en raison de l'exacerbation des douleurs du patient à la mobilité, met en évidence une arthrose postérieure au niveau L4-L5 et L5-S1. A l'examen clinique, le patient présente des douleurs lombaires basses et la mobilité de la colonne lombaire est limitée, sans syndrome irritatif ou déficitaire. Le rapport d'IRM lombaire du 9 septembre 2004, également produit par l'assuré, fait état d'une discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 sans hypertrophie des ligaments jaunes.

Le 2 mars 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 12 octobre 2004, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Il a

confirmé ce prononcé par décision sur opposition du 8 mars 2006. Par jugement du 4 octobre 2006, le TASS a rejeté le recours déposé par A._____ (TASS AI 63/06 — 192/2006).

C. Le 6 mars 2012, A._____ a déposé auprès de l'OAI une troisième demande de prestations en faisant état de problèmes de dos, de nuque et de talons puis de dépression. Il mentionne être employé de garage.

Dans un rapport du 4 avril 2012, le Dr Z._____ écrit notamment ce qui suit:

"Le médecin soussigné certifie que Monsieur A._____ est suivi régulièrement à sa consultation pour différents problèmes de santé, entre autres, pour des douleurs lombaires persistantes.

En effet, Monsieur A._____ présente depuis de nombreuses années des douleurs lombaires chroniques dont l'évolution n'est pas favorable sous différentes thérapies. Il présente donc des douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs avec douleurs et une hypoesthésie aux talons. Dernièrement, en raison d'une péjoration de la symptomatologie douloureuse rachidienne, un scanner lombaire a été effectué en 2008 qui montre un discret Bulging discal postérieur en L5-S1.

Sur le plan psychiatrique, il a été suivi à la policlinique psychiatrique de [...] pour une dépression réactionnelle.

Dans son métier comme aide-mécanicien, ses douleurs limitent considérablement des mouvements et des déplacements, pour cette raison, Monsieur A._____ ne peut travailler jusqu'à présent qu'à 50%. Au vu de la chronicité et de l'évolution défavorable de ses problèmes de santé, le pronostic est réservé. Sa capacité de travail exigible, dans une activité comme aide-mécanicien serait à 50 %."

Dans un avis médical du 19 avril 2012, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, du SMR estime que les pièces versées au dossier ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé susceptible de réduire la capacité de travail exigible dans une activité adaptée telle que fixée par les décisions antérieures.

Le 3 août 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations. Celui-ci a produit un rapport médical du 24 septembre 2012 du Dr Z._____ dans lequel ce dernier expose ce qui suit:

"Monsieur A. _____ est suivi à ma consultation pour des douleurs lombaires chroniques et pour un état anxio-dépressif. L'évolution de son état de santé s'est aggravé depuis une année, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique.

Sur le plan somatique, Monsieur A. _____ souffre depuis de nombreuses années de douleurs lombaires chroniques dont l'évolution est défavorable au fil du temps. Ces douleurs sont permanentes, péjorées à la marche et à mobilité de la colonne lombaire. La dernière IRM lombaire du 14.09.2012 montre une discopathie dégénérative modérée et pluri-étagée essentiellement marquée en L2-L3, où l'on note un débord discal foraminal et extraforaminal à droite pouvant irriter la racine L2 droite. La douleur lombaire est décrite comme invalidante limitant considérablement des activités de la vie quotidienne.

Sur le plan psychiatrique, Monsieur A. _____ a été vu à la policlinique psychiatrique de [...] en février et mars 2010 pour un état anxio-dépressif avec nervosité et agitation. Il a été au bénéfice des entretiens de soutien psychologique et sous le traitement antidépresseur. Le suivi est repris en septembre 2012.

Au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, le pronostic est réservé."

Par décision du 15 octobre 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

D. Par acte du 15 novembre 2012, A. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à son annulation, ordre étant donné à l'OAI de procéder à une investigation approfondie du cas et de mettre en oeuvre en particulier une expertise pluridisciplinaire ainsi qu'une expertise psychiatrique. Il soutient en substance avoir établi de façon plausible une aggravation de son état de santé et que l'intimé, qui n'a plus effectué d'expertise pluridisciplinaire depuis plus de dix ans, ne pouvait se limiter à refuser une nouvelle demande de rente sans même effectuer des analyses plus poussées sur le recourant. Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles les pièces ne figurant pas au dossier de l'OAI suivantes:

- un rapport du 14 septembre 2012 suite à une IRM pratiquée sur le recourant,

- un rapport établi par la Dresse C._____ intitulé : "Résumé d'investigations du 13.09. 2012 AU 17. 10.2012",
- un rapport du 15 novembre 2012 du Dr Z._____.

Par acte du 22 janvier 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en outre relevé que les nouvelles pièces médicales produites par l'assuré dans le cadre de la procédure de recours n'avaient pas à être prises en compte.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. Le recourant a encore produit un rapport du 25 février 2013 des Drs D._____ et C._____ de la Fondation de Nant.

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 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier

2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce est litigieuse la question de savoir si l'OAI est tenu d'entrer en matière ou non sur la nouvelle demande de prestations déposée le 6 mars 2012 par le recourant.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], qui correspond à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

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. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuel art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b). Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la

demande de prestations avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) En outre dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; voir également TF 597/2005 du 8 janvier 2007 et TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. la et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (actuel art. 87 al. 2 RAI) (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

En conséquence, les pièces nouvelles produites par le recourant lors de la procédure de recours sont irrecevables.

4. Il reste à examiner, sur la base des pièces produites par le recourant en procédure administrative, si la survenance de modifications susceptibles d'avoir des effets sur le taux d'invalidité de l'intéressé est rendue plausible.

Lors de la décision du 26 juin 2002, le Dr J._____ (rapports des 16 mars et 30 mai 2000) avait posé le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques et, comme co-morbidités, un état anxio-dépressif probable avec probable syndrome d'amplification de la douleur, un reclassement professionnel dans une autre activité étant proposé, le Dr T._____ (rapport du 18 juillet 2000), de dorso-lombalgies, lombalgies chroniques, bombement discal médian et paramédian avec extension foraminale droite en L3-L4 et L4-L5, le Dr E._____ (rapport du 7 août 2000) de syndrome lombo-spondylogène chronique avec discopathie débutante L1-L5, protrusions discales médianes à para-médianes en L3-L4 et L4-L5, une exagération des symptômes, ainsi qu'une sinusite maxillaire

droite chronique. Enfin, les Drs G._____ et X._____ (rapport du 22 novembre 2001), ont posé les diagnostics de rachialgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis, un important syndrome d'amplification des plaintes ainsi qu'une sinusite maxillaire chronique. Ils ont également mentionné la présence de douleurs centrées initialement sur la région lombaire auxquelles se sont progressivement associées des douleurs de la région dorsale basse puis des douleurs de la région cervicale, ensuite cervico-occipito-frontale ainsi que des talalgies bilatérales et ont estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles (alternance environ une fois par heure des positions assise et debout, pas de travaux en porte-à-faux du tronc, ni soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, ni port de charges excédant 10 kg) étant liées exclusivement à la fragilité lombaire bio-mécanique.

Lors de la troisième demande de prestations, le Dr Z._____, dans ses rapports des 4 avril et 24 septembre 2012, indique que l'évolution de l'état de santé s'est aggravé depuis une année, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Il fait état, sur le plan somatique d'une discopathie modérée et pluri-étagée en L2-L3, où l'on note un débord discal foraminal et extraforaminal. Il expose que le recourant présente depuis de nombreuses années des douleurs lombaires chroniques dont l'évolution n'est pas favorable sous différentes thérapies, à savoir des douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs et une hypoesthésie aux talons, la douleur lombaire étant décrite par le recourant comme invalidante limitant considérablement les activités de la vie quotidienne. Le Dr Z._____ ne mentionne pas d'éléments permettant d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé du recourant. Les constatations médicales qu'il rapporte sont superposables à celles constatées lors de la décision du 26 juin 2002. Il ne décrit d'ailleurs pas de limitations fonctionnelles nouvelles. En outre, à cette époque, le recourant faisait déjà état de fortes douleurs et tous les médecins spécialistes en rhumatologie avaient retenu un important syndrome d'amplification des plaintes.

Sur le plan psychiatrique, le Dr Z._____ a exposé dans son rapport du 4 avril 2012 que le recourant avait été vu à la policlinique psychiatrique de [...] pour une dépression réactionnelle tout en précisant, dans son rapport du 24 septembre 2012, que le recourant avait été suivi dans cet établissement en février et mars 2010 pour un état anxio-dépressif avec nervosité et agitation et été au bénéfice d'entretiens de soutien psychologique. Il ne fait ainsi état que de troubles ponctuels. En outre, ce praticien ne mentionne aucun suivi depuis lors mais qu'il n'a été repris qu'en septembre 2012, soit après que l'OAI a informé le recourant de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande. Enfin, le Dr Z._____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, ne donne aucune précision, ne serait-ce que quant au diagnostic et à une incapacité de travail que ce trouble entraînerait.

Concernant le taux d'incapacité de travail, le Dr Z._____ se prononce uniquement dans l'activité d'aide-mécanicien sans autre motivation et sans expliquer si cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

Il résulte de ce qui précède que la survenance de modifications susceptibles d'avoir des effets sur le taux d'invalidité du recourant n'est pas rendue plausible.

5. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande déposée par le recourant. Le recours doit ainsi être rejeté, la décision attaquée devant être confirmée.

Vu ce qui précède, les conclusions du recourant sont rejetées. La procédure est onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI). Il s'ensuit que le recourant supportera les frais de justice (art. 49 al. 1 LPA-VD), fixés en l'espèce à 400 francs. Le recourant ne peut pas prétendre l'allocation de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 15 octobre 2012 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 mis à la charge du recourant.

- 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 Olivier Subilia (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :