

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2015

---

Présidence de     Mme     BERBERAT  
Juges     :     Mmes     Thalmann et Pasche  
Greffier     :     M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,  
avocate 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)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, marié et père d'un enfant (né en 2001), est arrivé en Suisse en 1996. Sans formation professionnelle, il a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2001 en qualité d'employé d'entretien à 100 % auprès de [...].

Le 31 décembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 11 janvier 2011 adressé à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé chez l'assuré les diagnostics de lombalgies récurrentes sans radiculaire, irritatif ou déficitaire, de syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent et de status post-infiltration facettaire L5-S1 à droite le 21 octobre 2010. Il a attesté une capacité de travail à 50% dès novembre 2010 à augmenter de 10% par mois dans l'activité habituelle. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans une activité adaptée, soit évitant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les mouvements d'antéversion répétitifs et les ports de charge de plus de 10 kg. Il a annexé à son rapport des documents médicaux antérieurs, soit :

- un rapport médical du 3 décembre 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, au Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, posant les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques récidivantes (troubles statiques et discopathies étagées, probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal) et de suspicion de canal carpien associé (à vérifier);
- un rapport du 5 février 2010 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, radiologue, au Dr C.\_\_\_\_\_, confirmant l'existence d'une

discopathie légèrement protrusive, d'une spondylose de faible importance en L1-L2 et d'une discopathie protrusive L5-S1 plus marquée - tout en soulignant que celles-ci ne s'étaient pas modifiées depuis le 25 septembre 2008 - ainsi que la présence d'une arthrose interapophysaire L5-S1 droite inflammatoire;

- un rapport du 21 octobre 2010 du Dr Q.\_\_\_\_\_, radiologue, mentionnant qu'il a procédé à une infiltration L5-S1 droite sur l'assuré;
- un courrier du 25 octobre 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_ au Dr C.\_\_\_\_\_, faisant suite à une consultation de l'assuré et concluant à la présence de lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, un syndrome facettaire L5-S1 droit et un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent.

Par courrier du 11 janvier 2011 au Service médical régional de l'OAI (SMR), le Dr G.\_\_\_\_\_, responsable de l'Unité de santé au Travail (UST) de la Division du Médecin cantonal, a indiqué que la situation de l'assuré avait été signalée par l'employeur au début du mois d'octobre 2010 suite à un arrêt de travail prolongé ayant débuté au début du mois de septembre 2010. Il a ajouté que l'assuré présentait des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis, avec déconditionnement musculaire global modéré. Il a préconisé une prise en charge rapide de cette situation afin de diminuer le risque d'invalidation (réd. : invalidation).

Le 6 février 2011, le Dr C.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport médical dans lequel il a en particulier relevé, s'agissant des troubles affectant la capacité de travail de l'assuré, que ce dernier présentait des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, des gonalgies, un état dépressif et une consommation d'alcool à risque. Il a exposé que l'assuré ne pouvait plus se lever le matin, souffrait de douleurs et de raideurs décrites comme très importantes qui l'empêchaient de travailler depuis le mois de septembre 2010, sans amélioration malgré des traitements de

physiothérapie et médicamenteux. Selon lui, ces troubles entraînaient une chute du rendement de 100 %, sans reprise de l'activité professionnelle ou amélioration de la capacité de travail envisageables. Il a par ailleurs indiqué que seules des activités en position uniquement assise étaient exigibles de l'assuré, soulevant la question d'une diminution de la capacité de travail de 50 % à long terme pour les autres activités.

Il a joint à cet envoi un rapport médical adressé le 19 novembre 2010 au Dr G. \_\_\_\_\_ par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne, comprenant notamment les éléments suivants :

**"(...) Diagnostics :**

- Lomalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs du rachis avec probable composante fonctionnelle (trouble somatoforme).
- Obésité de degré I selon l'OMS à répartition abdominale
- Déconditionnement musculaire global modéré

**Discussion et propositions :**

V. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies, dans un contexte de lésions dégénératives du rachis lombaire. Il semble y avoir une composante fonctionnelle et tous les traitements paraissent avoir échoués jusqu'à présent. Professionnellement, depuis quelques années, V. \_\_\_\_\_ présente probablement une diminution de rendement et il décrit qu'il doit régulièrement s'asseoir pour se reposer.

Depuis qu'il est à l'arrêt, V. \_\_\_\_\_ ne fait quasi rien. Il regarde la télévision, prend les repas et sort environ 2 fois un quart d'heure par jour pour chercher sa fille à récolte. Dans l'état actuel, on peut craindre un déconditionnement musculaire important qui risque d'aggraver la symptomatologie douloureuse et compromettre toute reprise professionnelle dans une activité physiquement lourde. On peut craindre une invalidation de sa situation alors qu'il est probable que son affection ne sera pas reconnue comme invalidante par l'AIF. D'autre part, son activité professionnelle est physiquement lourde, probablement peu adéquate par rapport à son problème dorsal. L'idéal serait un reclassement au sein de [...] dans une activité plus légère comme de la conciergerie, mais dans l'état actuel, est probable que V. \_\_\_\_\_ ne donnerait pas satisfaction.

Peut-être qu'une solution qui pourrait encore être tentée serait une prise en charge avec un reconditionnement intensif, par exemple dans le contexte de la clinique de réadaptation de Sion, avec pour objectif une reprise de son activité à 50% après ce traitement et la poursuite parallèlement d'une physiothérapie active (fitness).

Sinon, il y aurait lieu d'examiner les solutions de reclassement et, dans la négative, mettre un terme à son engagement (inaptitude ?) avec évaluation de l'indication éventuelle à octroi de prestations

définitives de la l'institution de prévoyance O.\_\_\_\_\_. Celle-ci pourrait se baser sur une évaluation rhumatologique et psychiatrique indépendante de sa capacité de travail comme employé du [...].  
(...)"

Le 10 mai 2011, l'OAI a établi un rapport d'évaluation de l'assuré comportant notamment la conclusion suivante :

"(...) V.\_\_\_\_\_ présente des problèmes de dos depuis 6-7 ans. C'est à cette époque qu'il a été victime d'un accident professionnel. En effet, il (est) tombé alors qu'il avait une débroussailleuse sur le dos. A noter que cet engin pèse environ 7 kg. Il y a eu une IT (réd. : incapacité de travail) puis il a repris son activité jusqu'au mois de septembre dernier. V.\_\_\_\_\_ nous explique, avant l'IT, que son poste a été quelque peu adapté. En effet, il ne portait plus de débroussailleuse ou tout autre engin. Malgré tout, les douleurs se sont accentuées. Il a fait de la peinture en atelier mais il semble que cette activité n'existe plus. Du dossier médical, il ressort que l'assuré présente une consommation d'alcool à risque. Nous nous permettons de lui poser la question avec tact. V.\_\_\_\_\_ est surpris par notre question et ne comprend pas d'où cela peut bien venir. Il nous explique avoir eu un accident de voiture il y a deux ans environ après une sortie entre amis et qu'il avait en effet de l'alcool dans le sang. Sa compagne confirme ses dires et nous explique qu'il a toujours eu mauvaise haleine. Il ne fume plus depuis 2 mois. Nous évoquons la possibilité d'effectuer un stage d'observation pour l'aider à cibler une activité en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. V.\_\_\_\_\_ n'y voit pas d'objection. L'employeur nous informe qu'au [...], il existe une ou des activités qui s'exercent en atelier or ce type d'activité n'est certainement pas suffisant pour occuper un plein temps. Une activité de jardinier botaniste est évoquée auprès [...] mais (il est) probable que l'atteinte lombaire ne soit pas compatible. (...)"

Par courrier du 6 septembre 2011 au SMR, le Dr J.\_\_\_\_\_, de l'UST, s'est opposé à la reprise par l'assuré de son poste de travail actuel (employé au [...]) d'abord à 50%, puis progressivement jusqu'à 100% et a proposé un stage d'observation pour évaluer la capacité fonctionnelle résiduelle de l'assuré.

Par avis médical du 18 novembre 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) en raison des éléments suivants :

"(...) Un projet de reprise du travail à 50% dans son entreprise accompagné d'une indemnité d'encadrement versée à l'employeur par l'AI est faite en mai 2011. Ce projet est contesté par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin cantonal, dans une lettre du 06.09.11. Le

médecin atteste que seule une activité manuelle légère serait possible en raison de l'état de santé de l'assuré et ce n'est pas le cas dans son poste de travail.

Il existe dans ce dossier des éléments discordants entre l'appréciation du spécialiste rhumatologue, le Dr S. \_\_\_\_\_ qui prévoyait un retour à une capacité de travail de l'assuré et de son médecin traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, qui atteste toujours une incapacité de travail de son patient. En raison des différents diagnostics retenus : fibromyalgie, état dépressif, il convient de clarifier l'aspect médical de la pathologie, de définir une capacité de travail de l'assuré comme cantonnier ou dans une activité mieux adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles.  
(...)"

Dans un rapport du 7 mars 2012 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 11 janvier 2012, les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de "rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies D dans le cas de troubles statiques et dégénératifs du rachis. M54" et de "syndrome rotulien bilatéral dans le cadre de très discrets troubles dégénératifs des genoux". Ils ont estimé que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes :

"(...) *Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

*MI* : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escalier.  
(...)"

Au vu des limitations fonctionnelles précitées, ils ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de cantonnier. Ils ont toutefois estimé que dans une activité adaptée soit respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 8 septembre 2010 et se sont prononcés pour la mise en place de mesures professionnelles. Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante. L'absence de formation professionnelle, la démotivation et l'âge ne faisaient pas partie du domaine médical.

Dans un rapport médical du 23 mars 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé les constatations et conclusions des Drs K.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_.

Par communication du 28 août 2012, l'OAI a notamment pris en charge l'évaluation et l'orientation professionnelle de l'assuré auprès des EPI (réd. : établissements publics pour l'intégration), à Genève, du 27 août 2012 au 25 novembre 2012.

Au terme de ce stage, l'institution précitée a établi le 21 décembre 2012 un rapport synthétisant ses conclusions et propositions dans les termes suivants :

"(...) Notre observation intramuros a relevé que les capacités physiques de V.\_\_\_\_\_ sont compatibles avec des activités simples, légères et pratiques, à condition d'alterner les positions lorsqu'il en ressent le besoin. Ses capacités d'apprentissage sont faibles, ses capacités sociales suffisantes et compatibles avec le monde du travail. Au terme de cette observation, l'activité professionnelle retenue est : ouvrier à l'établi (secteur de l'assemblage léger et du conditionnement).

Suite à cette observation, l'assuré a effectué 6 semaines de stage dans notre atelier de réentraînement aux activités industrielles légères (tâches proches des activités protégées dans ce domaine). Ce stage a mis en évidence des rendements de 50% sur un plein temps.

Les raisons suivantes expliquent la faiblesse de ses rendements :

- Gestuelle et rythme de travail lents.
- Tonus général faible.
- Manque de dextérité et d'habileté manuelle pour des travaux fins.
- Manque de polyvalence.
- Alternance des positions trop fréquentes (toutes les 20 à 40 minutes).

Nous tenons à relever que lors des activités à l'atelier de réentraînement, malgré des plaintes quant à ses difficultés de santé, il s'est montré collaborant et motivé.

Ainsi, force est de constater que l'assuré n'est pas apte à rejoindre le circuit économique normal car ses rendements (même pour un panel de tâches très restreint) sont trop faibles pour un placement en entreprise.

Enfin, sa très faible scolarité et ses lacunes en français (difficultés d'expression et de compréhension, et incapacité à lire) ne permettent pas d'envisager d'autres pistes professionnelles.  
(...)"

Par avis médical du 16 janvier 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment relevé ce qui suit :

"(...) Le stage a confirmé que les capacités physiques de Mr sont compatibles avec des activités simples, légères et pratiques, à condition d'alterner les positions lorsqu'il en ressent le besoin. Un métier d'ouvrier à l'établi (secteur de l'assemblage léger et du conditionnement) est retenu. Un rendement de 50 % seulement est attesté dans une telle activité. Une telle appréciation, qui dépend beaucoup de la motivation de l'assuré, ne repose sur aucun élément médical nouveau qui permettrait de s'écarter des conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire pratiqué le 11.01.2012 par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH et la Dresse O. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH.

**En conclusion**, les conclusions du rapport d'examen SMR (du) 23.03.2012 demeurent pérennes."

Le 22 janvier 2013, l'OAI a établi un rapport intitulé "REA - Rapport final", dans lequel il a constaté, pour l'essentiel, qu'un placement dans l'économie était illusoire et qu'il convenait d'évaluer le préjudice économique de l'assuré. Comparant dès lors le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité de l'intéressé, l'OAI a considéré que son droit à des prestations financières devait être nié.

Par décision du 12 mars 2013 confirmant un projet de décision du 28 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité déposée par l'assuré. Il a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit ouvrier à l'établi (secteur de l'assemblage léger et du conditionnement). Il avait également été mis en évidence une baisse de rendement durant le stage laquelle ne reposait cependant sur aucun élément médical nouveau et une exigibilité de 100% devait être confirmée. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'901 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2010, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2010 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+1.33%) et d'un taux d'abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'780 fr. 15.

Un tel revenu, comparé au gain de valide de 75'367 fr., permettait de constater que la perte de gain s'élevait à 19'586 fr. 85, correspondant à un taux de 26 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Cette décision est entrée en force.

**b)** Le 31 décembre 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un nouveau formulaire de demande de prestations, rempli et signé le 23 décembre 2013, dans lequel il a indiqué, s'agissant de l'atteinte à sa santé, des "douleurs (au) dos, (à la) nuque, (aux) jambes, (aux) pieds, (ainsi qu'un) état dépressif grave".

Répondant à cette demande par lettre du 6 janvier 2014, l'OAI a exposé, pour l'essentiel, qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que le degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, lui impartissant un délai de trente jours pour produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par courrier à l'OAI du 4 février 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il observait chez l'assuré un "effondrement (des) maigres ressources intrapsychiques confirmant l'état dépressif sévère avec persistance d'un syndrome somatique marqué qui ne donne aucune signe d'amélioration au cours du temps". Selon lui, l'assuré n'avait plus aucune chance de réinsertion professionnelle à la suite de l'échec de l'expérience conduite à Genève. Il a exposé avoir adressé l'assuré à la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui ne le connaissait pas auparavant, pour une évaluation psychiatrique.

Il a joint à son courrier un rapport médical établi le 3 février 2014 par la Dresse N. \_\_\_\_\_ faisant suite à deux consultations des 20 et 31 janvier 2014. Cette praticienne a posé les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique marqué (F32.1) et de difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation

(illettrisme) (Z55.-). Elle a par ailleurs fait état des constatations suivantes :

"(...)

**Status**

V.\_\_\_\_\_ vient seul à l'entretien. La récolte d'éléments anamnétiques est difficile chez ce patient, qui présente des difficultés de compréhension et peine à exprimer clairement ses pensées en français. Il lui est par ailleurs difficile de situer les événements de sa vie dans un ordre chronologique.

Sa mimique est figée et la thymie triste. Il pleure à l'évocation de sa vie et de son avenir. Il est calme, collaborant, mais on note un net ralentissement psycho-moteur. Durant l'entretien, il ne bouge quasiment pas, hormis quelques mouvements destinés à retrouver une position assise qui soit confortable. Il se plaint de troubles du sommeil sous forme de réveils fréquents, qu'il attribue à des douleurs lombaires. Il signale une baisse de l'appétit et aurait perdu quelques kilos ces derniers mois. On relève des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration. Il signale des ruminations constantes sur sa situation et un sentiment envahissant de dévalorisation, Il présente une anhédonie marquée avec aboulie, apragmatisme, une perte de l'élan vital et des idées suicidaires sans courage de passer à l'acte. Il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique. Le patient ne consomme généralement pas d'alcool. Il fume un paquet de cigarettes par jour.

(...)

**Sur le plan psychiatrique (selon l'annexe psychiatrique au rapport AI)**

**Limitations fonctionnelles**

- Difficultés relationnelles, en lien avec l'état dépressif et les capacités limitées à s'exprimer
- Difficultés dans la gestion des émotions, rapidement submergé par une tristesse envahissante et un apragmatisme
- Difficultés liées aux tâches administratives incapable de lire, d'écrire ni d'exécuter des calculs simples
- Difficultés dans les déplacements, notamment à cause des douleurs somatiques, mais également en raison de troubles de la concentration actuels
- Intolérance au stress en lien avec le trouble actuel de l'humeur

**Fonctions cognitives limitées**

- L'entier des fonctions cognitives est limité, ce qui est, très probablement, en partie expliqué par l'état dépressif actuel. Les lacunes d'acquisition scolaire rendent les capacités d'adaptation quasi nulles.

**Activités encore possibles**

- Actuellement, et probablement pour un moyen/long terme, il n'y a aucune activité professionnelle qui soit possible chez ce patient.

### **Discussion**

V.\_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif vraisemblablement depuis qu'il a dû cesser son activité professionnelle en raison de douleurs lombaires et cervicales, dans les suites différées d'une chute au travail.

Il a bénéficié de plusieurs traitements somatiques à visée antalgique pour ses douleurs, et les traitements antidépresseurs introduits n'ont pas permis d'éviter une évolution vers l'état dépressif majeur dont le patient souffre actuellement.

Actuellement, d'un point de vue psychiatrique, V.\_\_\_\_\_ présente une incapacité totale de travail. Aucune mesure de réinsertion n'est envisageable dans l'état actuel des choses.

Au vu de ses acquisitions scolaires extrêmement limitées, le patient n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à une adaptation dans un nouveau milieu professionnel, quel qu'il soit. Ceci est en effet une source d'angoisse insurmontable qui contribue certainement à entretenir à la fois l'état dépressif, et la symptomatologie douloureuse.

Les chances que ce patient retrouve une capacité de travail, même dans un environnement adapté, sont extrêmement faibles. D'un point de vue thérapeutique, on pourrait envisager, si cela n'a pas encore été tenté, d'augmenter le traitement de Trittico à 200 mg par jour, dans le but d'améliorer son humeur et sa qualité de vie, mais cela n'aura probablement pas d'effet notable sur la capacité de travail.  
(...)"

Le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, a pris position sur ces éléments dans un avis médical du 28 mars 2014, en indiquant notamment ce qui suit :

"(...) Nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les éléments du dossier à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment au vu du dossier et de l'examen rhumato-psy SMR du 11.01.12. Le très succinct certificat du Dr C.\_\_\_\_\_, comme le court RM en 3 pages du Dr N.\_\_\_\_\_ retiennent des critères bio-psycho-sociaux, qui sont hors champ de la Loi AI, et qui seraient responsables de la situation actuelle. (...) Par ailleurs, l'aggravation psychique depuis 2010 ne peut donc être retenue alors que l'examen SMR avec le Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre date du 11.01.12 : cet examen revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants avaient fait l'objet d'une étude fouillée, il se fondait sur des examens complets, prenant en en considération les plaintes exprimées. L'expert avait établi ses conclusions après avoir pris une

pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical était claire et les conclusions étaient bien motivées. Ainsi, les affirmations du Dr N.\_\_\_\_\_ et du médecin traitant se basant sur un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique depuis 2010, n'apparaissent donc, ni plausibles, ni crédibles ou convaincantes en l'état. Nous insistons par ailleurs qu'un simple rapport ou certificat, ne saurait prévaloir sur l'examen SMR, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi les pièces présentées par le Dr C.\_\_\_\_\_ n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant et du psychiatre traitant. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit.

*Au total*, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière. (...)"

Le 1<sup>er</sup> avril 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations, indiquant qu'il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, mais qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente du même état de fait.

Le 1<sup>er</sup> mai 2014, l'assuré, désormais représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, a transmis ses objections à ce projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2013. A l'appui de sa position, il a pour l'essentiel soutenu qu'aucun diagnostic psychiatrique n'avait été posé dans le cadre de l'instruction de sa première demande de prestations. Il a en outre produit deux décisions rendues par l'institution de prévoyance O.\_\_\_\_\_ les 8 novembre 2013 et 10 janvier 2014, par lesquelles elle a considéré qu'il présentait une invalidité totale. Selon lui, l'OAI ne pouvait refuser d'entrer en matière et devait à tout le moins procéder à une instruction sur le plan psychiatrique. Il a requis la production du dossier de l'institution de prévoyance O.\_\_\_\_\_.

Le 27 juin 2014, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de l'assuré, considérant en résumé qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que la situation de fait s'était modifiée de manière essentielle depuis la décision

du 13 mars 2013. L'OAI a en substance rappelé ces motifs dans un courrier du même jour accompagnant cette décision.

Par courrier du 26 août 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI divers rapports médicaux concernant l'assuré, notamment :

- un rapport établi le 8 août 2014 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, qui a exposé avoir examiné l'assuré à la suite d'un infarctus survenu environ un mois auparavant et a en particulier posé les diagnostics suivants :

"(...) ■ Maladie coronarienne

- Status post NSTEMI (09.07.2014)
  - Coronaropathie bitronculaire avec PCI d'une occlusion de la Mx I, sténose de 70% de l'IVA moyenne et de 50% de la Dx II (09.07.2014, [...])
  - Actuellement : patient asymptomatique, dysfonction systolique modérée du VG avec hypokinésie (inféro)-postérieure, région moyenne (FEVG 45%), insuffisance mitrale légère-modérée (I-II/IV) sur dysfonction du pilier post IM et test d'effort sous-maximal et incomplet cliniquement négatif, électriquement non évaluable en raison d'un BBG complet (contrôle cardiologique 08.08.2014)
- BAV 1° complet et BBG complet
  - Facteurs de risques cardiovasculaires : (ancien ?) tabagisme (35 P/a), dyslipidémie, TA labile/HTA ? AF formellement négatifs (père avec AMI à 78 ans) (...);

- un courrier du 20 août 2014 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin associée au service de rhumatologie du [...], qui a indiqué que le cas de l'assuré était "très complexe (...), le substrat organique faible et le contexte psycho-social dramatique". Elle a en substance relevé que la force physique de l'assuré lui faisait défaut, mais que des investigations devaient avoir lieu sur le plan cardiaque avant toute autre intervention.

Au vu de ces éléments, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu que les chances de l'assuré de réintégrer le monde du travail s'étaient encore amenuisées, l'infarctus qu'il avait subi l'ayant privé de ses aptitudes physiques. Par ailleurs, son état dépressif se serait également aggravé à la suite des difficultés conjugales et socio-économiques auxquelles il devait

faire face, des menaces de mort et de suicide ayant en particulier été proférées. Finalement, l'appréciation de la Dresse R. \_\_\_\_\_ attesterait de l'absence de toute chance de réadaptation de l'assuré.

Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2014, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir un nouveau formulaire de demande de prestations compte tenu de l'aggravation de son état de santé signalée par le Dr C. \_\_\_\_\_.

**B.** Par acte de sa mandataire du 2 septembre 2014, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 27 juin 2014, qui lui a été notifiée le 2 juillet 2014 concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire de son état de santé psychique. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2013.

Dans sa réponse du 27 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 27 juin 2014. Se fondant sur l'avis médical du SMR du 28 mars 2014, il a exposé qu'aucun élément médical ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé de ce dernier qui soit de nature à modifier ses droits. Il a en outre relevé que les éléments produits le 26 août 2014 faisaient l'objet d'une nouvelle procédure, si bien qu'ils n'entraient pas en ligne de compte dans le cadre du recours, ces éléments étant postérieurs à la décision litigieuse.

Répliquant le 20 novembre 2014, le recourant a maintenu ses requêtes et conclusions, contestant pour l'essentiel l'absence, dans les pièces produites à l'appui de sa seconde demande de prestations, d'éléments médicaux nouveaux et se référant à ses précédents arguments. Il a en outre produit un rapport établi par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 9 septembre 2014, par lequel ce praticien a précisé avoir reçu le recourant en consultation pour la première fois le 17 septembre 2008 en raison de douleurs dorsales. Par la suite, soit le 26 novembre 2010, il lui avait prescrit des antidépresseurs en raison d'une idéation dépressive, d'une irritabilité et d'une persistance des douleurs, avec un résultat légèrement efficace.

L'OAI a dupliqué le 11 décembre 2014, maintenant intégralement sa position. S'agissant du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2014, il a relevé que les antidépresseurs prescrits au recourant étaient connus des médecins qu'il avait mandatés et que ces médicaments avaient été mentionnés dans les pièces du dossier fondant la décision litigieuse.

Le recourant s'est déterminé le 21 janvier 2015, confirmant une nouvelle fois ses réquisitions de preuves et conclusions et renvoyant à ses précédents arguments.

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

**1. a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI).

Le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Ce délai ne court pas du 15 juillet au 15 août inclus (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b LPGA).

**b)** En l'espèce, la décision litigieuse a été notifiée le 2 juillet 2014, de sorte que le délai de recours a couru pendant douze jours jusqu'au 14 juillet 2014, puis a été suspendu pour recommencer à courir le 16 août 2014 et échoir le 2 septembre 2014.

Déposé le dernier jour du recours et respectant les formalités prévues par la loi (cf. notamment l'art. 61 let. b LPGA), le recours est ainsi recevable.

**2.** Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 31 décembre 2013.

**3.** Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 ces conditions sont remplies (al. 3).

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 c. 5.2.3; ATF 117 V 198 c. 4b; TF 9C\_76/2009 c. 1.2).

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 c. 3a; TF 9C\_67/2009 précité c. 1.2). A cet égard, elle 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 c. 2; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 c. 3.2; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 c. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI. Ainsi, 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, l'administration doit seulement 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 c. 5.2.5; TF 9C\_959/2011 précité c. 1.3).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (ATF 130 V 64 c. 2). Par analogie avec la révision (art. 17 LPGA), pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations (respectivement la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente) et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 71 c. 3.2.3; pour le tout TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 c. 2).

**4. a)** On relèvera préliminairement que dans un tel litige, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 c. 4.3; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 c. 4.1 et réf. cit.).

**b)** Dès lors, on examinera uniquement si, sur la base des pièces produites à l'appui de sa seconde demande de prestations du

31 décembre 2013 et jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, le 27 juin 2013, le recourant a rendu plausible une modification de sa situation affectant ses droits depuis le précédent refus de prestations, savoir la décision du 12 mars 2013.

Il ne sera en particulier pas tenu compte des rapports médicaux établis par les Drs H.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ des 8, 20 et 26 août 2014 ni du rapport médical établi par ce dernier le 9 septembre 2014, alors que la présente procédure était déjà pendante. Ces rapports restent toutefois pertinents pour un nouvel examen par l'OAI, conformément à ce qui ressort de son courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2014.

On peine par ailleurs à percevoir en quoi les réquisitions de preuve que le recourant prétend maintenir dans sa réplique du 20 novembre 2014 puis dans ses déterminations du 21 janvier 2015 seraient pertinentes, son acte de recours du 2 septembre 2014 étant muet à ce sujet. De telles réquisitions, qui se rapportent à la procédure pendante, ne recouvrent pas la conclusion du recourant tendant à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande de prestations du 31 décembre 2013 et procède dans ce cadre à une instruction complémentaire. Le recourant a certes requis, dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> mai 2014 faisant suite au projet de décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> avril 2014, la production du dossier de l'institution de prévoyance O.\_\_\_\_\_. Une telle réquisition de preuve ne ressort en revanche pas de l'acte de recours. Quoi qu'il en soit, les pièces requises par le recourant avant que l'OAI ne rende la décision litigieuse n'ont pas été produites ni n'ont fait l'objet d'un examen de sa part. Conformément à ce qui précède, elles ne seraient ainsi pas recevables dans la présente procédure et il ne pourrait pas être fait droit à une éventuelle réquisition à cet égard.

**5. a)** Cela étant, l'OAI a motivé son refus d'entrer en matière en considérant, sur la base de l'avis médical du SMR - par le Dr M.\_\_\_\_\_ - du 28 mars 2014, que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Selon l'OAI, les pièces produites à l'appui de la seconde

demande ne représentaient qu'une appréciation différente d'un état de fait qui avait déjà fait l'objet d'une décision négative.

Le recourant estime quant à lui que les rapports médicaux qu'il a déposés attestent d'une aggravation de son état de santé depuis le 12 mars 2013, ou à tout le moins la rendent plausible.

Les pièces ici en cause comprennent les rapports médicaux établis le 3 et 4 février 2014 par la Dresse N.\_\_\_\_\_ respectivement par le Dr C.\_\_\_\_\_.

**b)** On relèvera d'abord que, dans ces rapports médicaux, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic exclusivement sur le plan psychiatrique. De son côté, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté la "persistance" d'un syndrome somatique marqué chez le recourant. Le caractère persistant de ce syndrome, par ailleurs décrit en des termes très vagues, exclut qu'il s'agisse d'un élément nouveau affectant l'état de santé du recourant. Au contraire, une telle constatation constitue une nouvelle appréciation d'une situation médicale déjà existante.

Le recourant n'a ainsi rendu vraisemblable aucune péjoration de son état de santé sur le plan somatique entre le 12 mars 2013 et le 27 juin 2014.

Sur le plan psychique, la décision de refus de rente du 12 mars 2013 était fondée sur le rapport bidisciplinaire du SMR du 7 mars 2012 faisant suite à un examen clinique du recourant du 11 janvier 2012. La Dresse O.\_\_\_\_\_ avait alors conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique. Le Dr C.\_\_\_\_\_ retient une aggravation générale de l'état de santé du recourant, mais ne motive pas son appréciation. Il se fonde toutefois sur un rapport détaillé de la Dresse N.\_\_\_\_\_, laquelle a conclu à un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique marqué et a retenu une incapacité totale de travail d'un point de vue psychiatrique. Elle a ainsi relevé des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration, une anhédonie marquée avec aboulie,

apragmatisme, une perte de l'élan vital et des idées suicidaires sans courage de passer à l'acte. De fait, la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'a pas fondé son diagnostic sur de seuls éléments "bio-psycho-sociaux". Elle l'a au contraire justifié par les constatations qu'elle a faites lors des consultations des 21 et 30 janvier 2014 avec le recourant.

**c)** Ces éléments rendent plausibles la présence d'un état dépressif comme l'a relevé la Dresse N. \_\_\_\_\_ en 2014, diagnostic qui était absent lors de l'examen clinique réalisé par la Dresse O. \_\_\_\_\_ deux ans plus tôt. L'on constate encore que la décision attaquée se fonde sur l'avis médical du SMR du 2 mars 2014, dans lequel ce dernier rappelle que dans le cadre d'une nouvelle demande, c'est à l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé. Or, il ne s'agit pas pour l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation, mais uniquement de la rendre plausible (cf. *supra* c. 3). Il sied en outre de relever que la Dresse N. \_\_\_\_\_ ne connaissait pas le recourant - comme cela ressort du courrier du 4 février 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_ - avant d'avoir procédé aux examens cliniques des 21 et 30 janvier 2014, si bien que l'argument du SMR relatif aux "critères jurisprudentiels d'empathie du (...) psychiatre traitant" tombe à faux. Dans ce contexte, le fait que la Dresse N. \_\_\_\_\_ ait conclu que le recourant avait vraisemblablement présenté des éléments anxio-dépressifs motivant l'introduction de différents traitements antidépresseurs dans le courant de l'année 2010, doit être considéré comme une hypothèse et non une affirmation. Cet élément ne saurait en tous les cas conduire l'intimé, en l'état du dossier, à conclure à une appréciation différente d'un même état de fait, la Dresse N. \_\_\_\_\_ s'étant uniquement prononcée sur la gravité de l'état dépressif en 2014.

L'OAI doit ainsi, en l'état de la procédure, entrer en matière et conduire les mesures d'instruction permettant d'établir la situation médicale du recourant. L'instruction devra en outre s'étendre aux troubles de santé invoqués en cours de procédure par le recourant (cf. *supra* c. 4).

**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

instruction et décision sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

**7. a)** 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'assurance invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI.

**b)** Obtenant gain de cause avec le concours d'une mandataire professionnel, le recourant a en outre droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, vu l'importance et la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS; art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours interjeté le 2 septembre 2014 par V.\_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision rendue le 27 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et décision sur le droit de V.\_\_\_\_\_ aux prestations de l'assurance-invalidité.
  
- III. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :