

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 septembre 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] au [...], est arrivé en Suisse en [...]. Au bénéfice d'une formation universitaire de trois ans au [...] dans le domaine de l'économie commerciale, non sanctionnée par un diplôme, il a exercé une activité dans la restauration à son arrivée en Suisse. Par la suite, il a travaillé dans le domaine de la construction puis en qualité de storiste auprès de diverses entreprises.

L'assuré a cessé son activité de storiste pour des motifs médicaux à partir du 6 novembre 2008. Il a été licencié par son dernier employeur au mois de janvier 2009.

Sur demande de la P._____ (ci-après : la P._____), assureur perte de gain maladie de l'employeur, une expertise sur le plan somatique a été réalisée par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Il ressort de son rapport d'expertise du 20 mars 2009 que l'assuré souffrait de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques ainsi que d'une discopathie L4-L5 et d'une hernie discale Z._____ estimait que la capacité de travail de l'assuré dans son emploi de storiste était de 50 % mais que celle-ci était entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

B. En date du 14 mai 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'intimé ou l'OAI), sollicitant l'octroi d'une rente. À l'appui de sa demande, l'assuré a mentionné des problèmes à la nuque, au dos, à l'estomac et au thorax. L'assuré avait également bénéficié de deux entretiens auprès du W._____.

La P._____ a mandaté la clinique D._____ afin d'effectuer une expertise psychiatrique. Selon le rapport d'expertise du 18 mai 2009 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et

d'adolescents, l'anamnèse ne révélait aucune symptomatologie psychiatrique notable et aucune incapacité de travail ne pouvait être reconnue sur le plan psychiatrique.

L'expert observait notamment que les plaintes spontanées de l'assuré tournaient essentiellement autour de la symptomatologie douloureuse présente depuis de nombreuses années, en particulier depuis 2007. S'agissant du retentissement des plaintes dans les activités nécessitant de la concentration, le Dr L._____ indiquait que selon son patient, « les activités nécessitant de la concentration sont telles qu'elles ont toujours été ». De surcroît, il était mentionné que l'assuré n'avait pas évoqué de trouble psychique majeur qui ferait obstacle à la reprise d'une activité professionnelle.

L'expert a en outre formulé les observations suivantes:

« 3. CONSTATATIONS CLINIQUES ?

[...]

L'exploré est correctement habillé, soigné, bien disposé et souriant avec l'expert. Il avait un plaisir manifeste à s'exprimer et n'a pas été particulièrement ému pendant la totalité de l'entretien. Il a parlé de ses douleurs rachidiennes (nuque, colonne lombaire) avec de larges gestes des deux mains, faisant parfois quelques mouvements extrêmes pour montrer la région lombaire.

[...]

Au cours de l'entretien, l'intégration entre les dates, les lieux, les personnes et les circonstances s'est révélée bonne. Les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées. En effet, Monsieur X._____ a pu se remémorer des dates d'événements récents ou biographiques concordantes à celles du calendrier et des documents cités en introduction. En outre, ses capacités de jugement, d'abstraction et d'association sont préservées, constatation clinique correspondant à ce que l'on pouvait attendre.

[...]

Examen neuropsychologique : Compte tenu de la conservation des fonctions cognitives, aucun examen neuropsychologique approfondi n'a été réalisé. »

Le Dr L._____ a en outre écrit ce qui suit :

« Il [l'assuré] signale s'énerver facilement, supportant moins bien les contrariétés par rapport à sa plainte douloureuse. Il rapporte aussi des plaintes diffuses dans la région de la poitrine, sur tout le thorax, irradiant surtout dans la région latérale gauche. Il parle de douleurs 24h/24. Il n'y a donc pas de plaintes spécifiquement dépressives ni de ruminations à thème de blessure d'amour-propre ou de deuil. Par ailleurs, à l'observation directe, il n'était pas particulièrement ému, mais plutôt bien disposé et joyeux. »

De surcroît, l'expert ne relevait pas de diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables ni de réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité. Aucun autre critère de la dépression n'était en outre retenu par le Dr L._____. Ainsi, ce dernier a conclu qu'en l'absence d'au moins deux critères majeurs sur trois de la dépression, la piste diagnostique d'un épisode dépressif ne pouvait être envisagé au sens de l'ICD-10.

Le Dr L._____ a également observé ce qui suit :

« L'investigué n'a pas spontanément parlé d'angoisse. Il a vaguement mentionné des angoisses d'accidents, de mourir et des préoccupations quant à ce qui pourrait alors arriver à ses enfants. Toutes les autres réponses n'ont été obtenues que sur sollicitation active.

[...]

Les plaintes sont vagues, peu spécifiques et non confirmées par la physiologie de l'intéressé.

Durant l'entretien, il n'est pas relevé d'apparition en quelques minutes tout au plus d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété, sans raison apparente correspondant à des attaques de panique ; ni de préoccupations excessives pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif avec des pensées intrusives ou des comportements compulsifs ; ni de phobie simple. »

L'examen selon l'échelle d'HAMILTON n'a pas non plus révélé d'anxiété. L'expert a donc conclu qu'il n'y avait pas de troubles anxieux spécifiques au sens de l'ICD-10.

C. Par décision du 12 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Selon les constatations de l'OAI, X._____ présentait un degré d'invalidité de 4,2 %, soit un degré n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

D. En date du 10 novembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, datée du 5 novembre 2014. Le 11 novembre 2014, l'intimé a accusé réception de cette nouvelle demande et a imparti un délai de trente jours à l'assuré pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par courrier du 4 décembre 2014 à l'intimé, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation. Sur le plan somatique, il a diagnostiqué une intolérance au lactose, des « lombalgies persistantes sur troubles dégénératifs et discopathie; s/p HDL5-S1 » ainsi que des cervicalgies résistantes à la physiothérapie.

Le Dr S._____ a ajouté que depuis la dernière évaluation de l'assurance-invalidité, la situation s'était surtout dégradée sur le plan psychiatrique. Il expliquait que son patient était parvenu à accomplir une formation en comptabilité en 2013 mais qu'il se trouvait confronté à des difficultés depuis la mise à son compte. Il ajoutait que la capacité de travail pouvait être estimée à 50 %, et ce depuis plusieurs mois. Enfin, il doutait que l'assuré soit en mesure d'augmenter son taux d'activité en raison surtout de ses limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.

Le Dr S._____ a également transmis à l'intimé un rapport du 6 février 2013 des Drs J._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'un rapport médical daté du 7 octobre 2014 des Dresses K._____ et B._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au N._____ (ci après : le N._____).

Dans leur rapport du 6 février 2013 adressé au Dr J._____ et G._____ ont fait état de l'évolution de l'assuré sur le plan somatique après une série de physiothérapie. En particulier, ils ont observé une évolution globalement favorable avec 50 % d'amélioration. Les douleurs

restaient notamment stables à 3/10, avec peu de consommation d'antalgiques, et les amplitudes étaient beaucoup moins douloureuses qu'initialement. Les médecins précités n'excluaient cependant pas la nécessité d'une autre infiltration en cas de poussée hyperalgique ou, dans le cadre de la chronicité, d'un complément de physiothérapie.

Dans leur rapport du 7 octobre 2014 au Dr S._____, les Dresses K._____ et B._____ ont quant à elles fait état de ce qui suit :

« M. X._____ se plaint de douleurs dorsales au niveau de la nuque et qui descendent jusqu'aux lombaires. Selon ses dires, les douleurs sont plus intenses lorsqu'il se trouve dans des périodes difficiles. Il se sent très vite fatigué, ayant envie immédiatement de calme et de pouvoir se reposer. Son humeur est abaissée, avec une irritabilité importante, ne supportant pas les discussions, évitant même dans ces moments de parler avec son épouse. Sur le plan professionnel, il voit une seule issue par rapport à sa situation, c'est-à-dire travailler comme indépendant dans un emploi intellectuel, à un faible pourcentage. Pour le reste, il espère pouvoir bénéficier d'une rente AI entière.

[...]

M. X._____ parle parfaitement le français, mais malgré tout il répond fréquemment côté, donnant l'impression qu'il ne comprend pas la question. Le discours est digressif, tournant autour de ses plaintes somatiques, ses ruminations et son irritabilité, sans donner de précision. Le discours est dans l'ensemble informatif, mais nous notons un manque de chronologie. Le cours de la pensée est très légèrement ralenti. Pas de trouble du contenu de la pensée. Par contre, nous observons un léger trouble de l'attention, sous la forme de réponses à côté, ainsi qu'une légère irritabilité. La thymie est neutre. Le patient décrit une humeur triste, avec une anhédonie, une aboulie partielle et des idées de dévalorisation, un manque de motivation, une fatigabilité importante, des ruminations excessives fluctuantes. Lors d'événements stressants, le patient présente un sentiment de tête vide, des anticipations négatives de l'avenir, des tensions musculaires, une gêne épigastrique, des difficultés de concentration et un besoin de sommeil accru. Pas d'idées suicidaires. Nous observons une incapacité d'introspection, ainsi qu'une alexithymie et une grande difficulté d'élaboration de ses émotions. Pas de signe floride de la lignée psychotique. »

Les Dresses K._____ et B._____ ont diagnostiqué une anxiété généralisée et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Ces médecins ont en outre indiqué qu'en se mettant à son compte, l'assuré s'était retrouvé devant les limitations fonctionnelles liées à son

trouble de l'anxiété généralisée, qui le dévalorisaient totalement. Il développait alors un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail, les Dresses K._____ et B._____ mentionnaient ce qui suit :

« M. X._____ présente actuellement une incapacité de travail à 50%, due à son trouble d'anxiété généralisée, avec des inquiétudes excessives avec des anticipations négatives qui le rendent irritable et provoquent des troubles cognitifs (difficultés de concentration et mnésiques). »

E. Le cas de l'assuré a alors été soumis au Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci après : le SMR), afin qu'il se détermine sur l'existence de faits nouveaux depuis la dernière décision de l'intimé. Dans son rapport du 3 février 2015, le médecin précité s'est exprimé en ces termes :

« Sur le plan psychiatrique, il n'existait pas d'atteinte et le status du Dr. L._____, expert psychiatre en page 7/17 montrait bien l'absence de trouble cognitifs et de ce fait, un examen neuropsychologique n'était pas jugé nécessaire. Il n'y avait pas « *de symptomatologie psychiatrique notable* ». Une discordance entre les plaintes douloureuses et sa physionomie, l'expert rapportant même qu' « *il y a une motivation inconsciente de l'exploré à maintenir ses doléances, obtenant ainsi des bénéfices secondaires financiers* ». Le diagnostic de « *majoration des symptômes physique pour des raisons psychologiques (F68. 0)* » était retenu.

De ce fait un refus de rente avait été opposé.

La demande actuelle est étayée par diverses pièces que nous discuterons comme suit:

[...]

- La lettre du Dr. S._____ du 4.12.2014 évoque une persistance des lombalgies. Et sur le plan psychiatrique une symptomatologie datant de quelques mois.

- Au plan psychiatrique, la lettre du N._____ du 7.10.2014 rappelle le parcours de l'assuré avec retour dans son pays d'origine après le refus de l'office, pour y terminer et réussir son diplôme de comptable. De retour en Suisse, il a tenté de fonctionner entant qu'indépendant. L'apparition de signe d'anxiété et d'une baisse de moral a justifié un examen neuropsychologique Il est montre « *des difficultés attentionnelles et mnésiques massives ayant débouchés sur une évaluation psychiatrique* ». Le status, décrit en page 2 semble mélanger des éléments anamnestiques (« *lors d'évènements stressants ..., l'anhédonie présentée etc, le report des ruminations tournant autour du somatique* »), au status proprement

dit que l'on détaille ainsi avec parfois des contradictions un « discours digressif » et paradoxalement « dans l'ensemble informatif » une « thymie neutre contrastant avec ce qui est annoncé ». De plus, d'intensité légère, sont décrits des troubles de l'attention, une irritabilité, et de manière non permanente mais associé au stress des tensions musculaires, une gêne épigastrique.

[...]

Sur le plan psychiatrique,

- l'anxiété a été bien décrite à la page 10/17 de l'expertise et l'on peut y remarquer toutes les réponses ont été provoquées par sollicitation active de l'expert. Etaient présentent un tremblement des extrémités, des difficultés de déglutition, de rares palpitations. Aucun symptôme d'anxiété n'était apparu durant un examen qui comporte par son caractère une certaine caractéristique de stress. Il n'y avait pas de préoccupations excessives pour des problèmes sans importance. Le score de Hamilton concernant l'anxiété était de 2, écartant ce diagnostic. Il est donc étonnant qu'elle puisse maintenant se manifester alors même que l'assuré a réussi son diplôme de comptable. D'autre part, la description résumée ci-dessus ne nous convainc pas.

- Un trouble de l'adaptation est possible mais la description qui en est faite ne peut faire qu'évoquer une réaction dépressive de degré léger. Si l'assuré « s'évertue à vouloir faire un travail intellectuel », il n'appartient pas à la communauté de le suivre sur ce terrain, attendu qu'un travail manuel est la seule opportunité qu'il puisse obtenir en Suisse L'évaluation d'une IT de 50% s'inscrit dans l'adhérence du psychiatre à ce qui a été appelé par l'expert psychiatre « une motivation inconsciente de l'exploré à maintenir ses doléances, obtenant ainsi des bénéfices secondaires financiers » et traduit son empathie.

[...]

Nous avons présenté le cas à un psychiatre au SMR.

On se trouve dans le même contexte que lors des expertises de 2008, avec les mêmes douleurs, la nécessité d'y apporter un traitement dirigé (Lyrica), l'absence d'adéquation du diagnostic d'anxiété généralisé et un possible trouble de l'adaptation dont la description avec une légère tristesse, d'anhédonie etc., les idéations suicidaires étant déjà absentes, correspondait déjà autrefois pour l'expert plus à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qu'à un quelconque trouble de l'humeur. Le rapport du Dr. B. _____ amène un examen très soigneux qui ne laisse pas entrevoir une quelconque pathologie psychiatrique incapacitante.

[...]

En conclusion, il n'y a pas de fait nouveau, mis à part quelques troubles cognitifs peu spécifiques et tel[s] que décrits n'emportant pas la conviction. »

F. Le 24 février 2015, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. Il estimait en effet que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la première décision de refus de prestations AI du 12 mai 2010.

Par courrier du 19 mars 2015 à l'OAI, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Il invoquait le fait que depuis la décision de l'OAI du 12 mai 2010, sa santé, notamment psychique, s'était « énormément aggravée ». À l'appui de ses déclarations, il invoquait les constatations figurant dans le rapport des Dresses K._____ et B._____ du 7 octobre 2014. L'assuré a en outre produit un rapport médical de la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 16 mars 2015, duquel il ressort notamment ce qui suit :

« Bien qu'il [l'assuré] soit devenu indépendant et qu'il n'ait plus à subir de surcharge professionnelle, il se plaint de troubles de la concentration et de l'attention, ce qui le contraint à observer des pauses dans son travail. Il a besoin de plus de temps pour exercer ses activités et ressent un manque d'endurance au travail. Il a parfois l'impression que sa tête est vide.

Dans sa vie quotidienne à son domicile, il va à son rythme et ne participe que peu aux tâches ménagères mais assume les activités administratives. Il dit ne plus supporter le bruit ni les discussions et être vite énervé, tout pouvant devenir pour lui source d'angoisse et d'inquiétude. Il n'éprouve plus de plaisir ni de centres d'intérêt. Il ne se sent plus apte à assumer ses responsabilités de père et redoute que ses enfants ne deviennent délinquants.

M.X._____ vit en permanence dans l'angoisse et la peur. Il a tendance à interpréter toutes ses douleurs et fatigues comme étant les symptômes d'une maladie grave, aussi bien pour lui-même que pour les membres de sa famille.

Ses ruminations très fréquentes sont constituées de pensées négatives qui tournent en boucle dans sa tête et qui concernent sa situation professionnelle ainsi que l'avenir de ses enfants.

Il a tendance à concevoir des scénarios catastrophes, de dramatisation et d'anticipation du pire. »

La Dresse R._____ confirmait le diagnostic d'anxiété généralisée et ajoutait que son patient souffrait également d'un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques. Elle expliquait les diagnostics retenus ainsi :

« Je retiens le diagnostic d'anxiété généralisée en raison de l'anxiété permanente, le sentiment permanent de nervosité, de tension musculaire, d'incapacité à se détendre, de sensation de tête vide, d'étourdissements, de gêne épigastrique, de peur pour lui-même et pour ses proches. Le facteur de stress chronique réside dans ses difficultés professionnelles malgré ses efforts, ayant pour conséquences ses difficultés à supporter une journée de travail. L'évolution actuelle est la chronicité de ses symptômes.

Je retiens également le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique en raison de la diminution de la concentration et de l'attention, de la baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, d'une perturbation du sommeil, d'une baisse de l'intérêt et du plaisir, ainsi que d'une augmentation de la fatigabilité.

Ces difficultés sont dues à une fatigue chronique, à savoir une fatigue physique (diminution de l'énergie, affaiblissement physique, tension musculaire), une fatigue émotionnelle (sentiment de découragement, d'impuissance et de détresse et sensation d'être coincé) et une fatigue mentale (attitude négative vis-à-vis du travail, de la vie en général et de lui-même, comportement professionnel s'étendant de plus en plus à la vie personnelle).

En résumé, M. X._____ éprouve de grandes difficultés à supporter une journée de travail et à assumer ses responsabilités. »

La Dresse R._____ estimait que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes :

- « • Baisse de la concentration et de l'attention
- Fatigue physique, émotionnelle et mentale
- Baisse de l'énergie et de l'endurance
- Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Ralentissement psychomoteur. »

Elle considérait enfin que la capacité actuelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état physique et psychique actuel ne dépassait pas 50 %.

G. L'OAI a alors soumis le cas une seconde fois aux médecins du SMR. Dans leur prise de position du 31 mars 2015, les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____ ont relevé ce qui suit :

« Dans sa lettre du 19.3.2015, l'assuré s'estime capable de travailler à 20-30%, ce qui se démarque de l'évaluation de son psychiatre qui estime la capacité de travail à 50%.

Nous reprenons l'argumentation du psychiatre traitant de la manière suivante :

- Le psychiatre traitant retient les diagnostics d'anxiété généralisé. Ce diagnostic a été exclu par l'expertise de 2008 et a été rediscuté avec un psychiatre FMH au SMR selon l'avis du 17.2.2015. Les mêmes symptômes qu'évoqués *lors de l'expertise de 2008* se retrouvent: assuré énervé par ses enfants, autrefois ayant « *de la peine à supporter les autres, les chefs, les patrons* » ; les plaintes actuelles concernant les troubles cognitifs sont décrites sans exemple, alors que *les facultés cognitives étaient conservées en 2008*, notons qu'elles ont pu s'installer dans un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive légère non incapacitant; il en est de même pour l'anxiété généralisée décrite *préalablement explorée et exclue*. En effet, on ne trouve pas de préoccupation excessive pour des problèmes sans importances caractérisant l'anxiété généralisée. L'inquiétude quant aux conséquences de sa démission de sa fonction paternelle n'est pas un motif sans importance et c'est à juste titre que l'assuré se préoccupe. Nous ne pouvons donc retenir ce diagnostic mais confirmons un état stationnaire.
- Un épisode dépressif est jugée moyen à sévère sans symptôme psychotique. Si 2 critères majeurs se retrouvent, à savoir l'anhédonie et la fatigabilité, aucun exemple n'est fourni, les critères étant cités tels quels. Quant à la tristesse, critère majeur, il brille par l'absence de sa description et l'on ne saurait dans tous les cas retenir un épisode dépressif de gravité sévère sans tristesse. De plus rappelons que déjà en 2008 l'assuré ne recevait pas de traitement et que s'il en existe un en 2010, il ne correspond pas à ce qui est attendu pour un épisode dépressif sévère. Enfin, une CT de 50% selon l'évaluation du psychiatre traitant ne peut s'accommoder d'un épisode dépressif sévère qui entraîne une CT nulle voire une hospitalisation. Un épisode dépressif moyen s'inscrit dans le contexte d'un équivalent du syndrome somatoforme et est discuté ci- dessous.

Une fatigue chronique s'inscrit dans le contexte du syndrome somatoforme douloureux dont les critères avaient déjà été évalués par l'expert en 2008. Il faut resituer les douleurs évoquées par le psychiatre traitant (plusieurs problèmes physiques etc...) dans le contexte de *la recherche de bénéfices secondaires clairement établis lors de l'expertise de 2008, avec majoration des symptômes physiques*. Dans cette optique, la constatation d'un épisode de degré moyen ne constitue pas une comorbidité psychiatrique et doit être surmontée par un effort de volonté.

En résumé il n'y a pas de fait[s] nouveaux qui puissent être retenus, l'existence d'un épisode dépressif de gravité sévère pouvant être écarté sur la base des renseignements du psychiatre traitant. Les symptômes évalués comme diagnostics d'anxiété généralisée étaient déjà présents et ce diagnostic avait été écarté, et n'apparaît pas actuellement convainquant. L'éventualité d'un épisode dépressif moyen, sans aucune tristesse, s'il est possible, s'inscrit dans le

contexte de la fatigue chronique et n'est pas incapacitant au sens de l'Al. »

H. Par décision du 22 avril 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 10 novembre 2014. À l'appui de cette décision, l'autorité a réitéré les arguments contenus dans son projet de décision du 24 février 2015, ajoutant qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

I. Le 22 mai 2015, X._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, interjeté recours contre la décision du 22 avril 2015. Il conclut sous suite de frais et dépens à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, à l'annulation de la décision du 22 avril 2015 et au renvoi du dossier à l'intimé pour entrée en matière et instruction de la demande du 11 novembre 2014 [recte : 10 novembre 2014] au sens des considérants.

S'agissant de l'assistance judiciaire, le recourant produit un formulaire de demande d'assistance judiciaire en matière civile et administrative complété et signé ainsi qu'une série de pièces comprenant en particulier sa décision de taxation fiscale pour l'année 2013, deux extraits de compte bancaire, une série de fiches de salaire de son épouse, ainsi que les comptes de sa fiduciaire, la V._____ et une décision d'octroi de prestations complémentaires pour famille datée du 4 juin 2015.

Le recourant invoque en substance que des éléments nouveaux ont manifestement été apportés par les Dresses K._____, B._____ et R._____, ces spécialistes ayant de manière unanime conclu à une capacité de travail limitée à 50 % en raison du diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, respectivement d'état dépressif moyen à sévère, qui n'avaient très clairement jamais été évoqués lors de l'instruction ayant conduit à la décision du 12 mai 2010. Le recourant rappelle ensuite les constatations sur le plan psychiatrique du Dr L._____, qui, dans son rapport d'expertise du 18 mai 2009, avait clairement exclu le diagnostic de dépression et de trouble anxieux. Au vu des constatations des Dresses

K._____, B._____ et R._____, le recourant estime qu'il ne fait nul doute que l'aggravation de sa santé psychique a au moins été rendue plausible. Il critique enfin les avis du SMR du 3 février 2015 et du 31 mars 2015, qui se contentent selon lui de nier sans conviction l'existence de faits nouveaux.

Dans sa réponse du 25 juin 2015, l'intimé confirme son refus d'entrer en matière et propose le rejet du recours.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la

compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé le 22 mai 2015 contre la décision de l'OAI du 22 avril 2015 est ainsi recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 10 novembre 2014. Il conviendra donc en particulier de se prononcer sur le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas depuis le 12 mai 2010, eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé (cf. consid. 4 et 5 infra).

3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral 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, 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.

b) Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants

(ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les réf. ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c) Dans l'arrêt précité du 16 janvier 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui

permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

d) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

e) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et ATF 130 V 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 12 mai 2010 (entrée en force dès lors qu'elle n'a pas fait l'objet d'un recours) niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 10 novembre 2014. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2014, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à la rente. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

b) À l'examen des pièces produites par X._____, il est vrai qu'à ce stade, on peut douter de la gravité des atteintes à sa santé et de leur caractère durable, de même que de leur influence réelle sur sa capacité résiduelle de travail. Il n'en demeure pas moins que le recourant a produit les rapports de trois médecins psychiatres, qui tous posent le diagnostic d'anxiété généralisée et d'une problématique dépressive (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive selon les Dresses K._____ et B._____ et épisode dépressif moyen à sévère sans

symptôme psychotique selon la Dresse R._____). De plus, tous ces médecins attestent une incapacité de travail de 50 % de l'assuré.

c) De surcroît, la description de l'état clinique telle qu'elle figure dans les rapports des médecins précités ne correspond pas à celle exposée dans l'expertise psychiatrique du 18 mai 2009 réalisée par le Dr L._____. On rappelle en effet qu'à cette époque, le recourant se plaignait essentiellement de douleurs somatiques et qu'il n'évoquait pas de trouble psychique majeur qui aurait fait obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. Aux dires du recourant, les activités nécessitant de la concentration étaient « telles qu'elle ont toujours été ». L'expert avait en outre relevé que l'assuré était bien disposé et souriant avec lui, qu'il ne semblait pas particulièrement ému pendant l'entretien et que ses facultés mnésiques à court, moyen et long terme étaient conservées.

S'agissant de l'examen des critères de la dépression, le Dr L._____ avait relevé qu'ils n'étaient pas réalisés en l'espèce. En effet, le recourant ne formulait pas de plaintes spécifiquement dépressives ni de rumination à thème de blessure d'amour-propre ou de deuil et il était « plutôt bien disposé et joyeux ». Le critère de la tristesse était par conséquent révoqué. L'expert ne constatait pas non plus de diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir du recourant pour des activités normalement agréables, ni de réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité. Aucun autre critère de la dépression n'avait en outre été retenu par le Dr L._____, de telle sorte qu'il avait écarté ce diagnostic.

Pour ce qui est de l'anxiété, l'expert avait relevé que l'assuré n'avait pas spontanément parlé d'angoisse, que ses plaintes étaient vagues, peu spécifiques et qu'elles n'étaient pas confirmées par sa physionomie. Le Dr L._____ ne relevait pas non plus d'autres symptômes de l'anxiété et le score sur l'échelle d'HAMILTON confirmait l'absence de ce trouble psychique.

d) Or le tableau clinique de 2014 diffère passablement de celui rappelé ci-dessus. En effet, il ressort du rapport des Dresses K._____ et

B._____ du 7 octobre 2014 que l'assuré se sent très vite fatigué, que son humeur est abaissée, avec une irritabilité importante, le patient ne supportant pas les discussions, évitant même dans ces moments de parler avec son épouse.

Ces médecins constatent de surcroît que malgré sa parfaite maîtrise du français, l'assuré répond fréquemment à côté, donnant l'impression qu'il ne comprend pas la question. Le discours est digressif, manquant de chronologie, et le cours de la pensée est très légèrement ralenti. Les doctoresses précitées observent également un léger trouble de l'attention et une légère irritabilité. Elles mentionnent que leur patient décrit une humeur triste avec une anhédonie, une aboulie partielle et des idées de dévalorisation, un manque de motivation, une fatigabilité importante et des ruminations excessives fluctuantes. Lors d'événements stressants, le recourant présente un sentiment de tête vide, des anticipations négatives de l'avenir, des tensions musculaires, une gêne épigastrique, des difficultés de concentration et un besoin de sommeil accru. Au vu de ces éléments, les Dresses K._____ et B._____ diagnostiquent une anxiété généralisée et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

Quant à la Dresse R._____, elle confirme le diagnostic d'anxiété généralisée et ajoute que son patient souffre également d'un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique. En effet, dans son rapport médical du 16 mars 2015, elle constate notamment chez le recourant la présence d'une anxiété permanente, d'un sentiment constant de nervosité, de tensions musculaires, d'incapacité à se détendre, de sensation de tête vide, d'étourdissements, de gêne épigastrique, de peur pour lui-même et pour ses proches.

Ce médecin relève en outre une diminution de la concentration et de l'attention, une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil, une baisse de l'intérêt et du plaisir, ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité.

La question de savoir si le rapport médical du 4 décembre 2014 du Dr S._____, faisant lui aussi état d'une anxiété généralisée et d'un trouble de l'adaptation, satisfait aux exigences posées par la jurisprudence précitée en matière de preuve peut rester indécise, dans la mesure où les rapports des Dresses K._____, B._____ et R._____ suffisent à rendre plausible qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision (cf. consid. 5 infra).

5. a) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état clinique du recourant décrit par les médecins précités ne correspond pas à celui figurant dans l'expertise psychiatrique du Dr L._____ ayant conduit à la décision de refus de prestations AI du 12 mai 2010.

Dans ces circonstances, les prises de position des médecins du SMR figurant au dossier, dont aucune n'a au demeurant été établie par un médecin psychiatre, ne suffisent pas à réfuter les rapports produits par le recourant au point de justifier un refus pur et simple d'entrer en matière.

b) Lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande de prestations AI, il lui appartient de rendre plausible une péjoration de son état de santé de nature à modifier le droit aux prestations ; il n'est en revanche pas tenu de rendre cette péjoration vraisemblable de manière prépondérante (cf. consid. 3c supra). Autrement dit, le recourant n'était pas tenu d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable était intervenu dans l'état de fait depuis la décision du 12 mai 2010, mais bien plus de fournir des indices à l'appui de ce changement susceptibles de convaincre le juge et l'administration que les faits allégués se sont vraisemblablement produits. En l'occurrence, les documents fournis par le recourant, soit en particulier les rapports des Dresses K._____, B._____ et R._____, suffisent à rendre plausible l'aggravation de l'état de santé alléguée, qui devra faire l'objet de vérification au moyen d'un examen clinique au SMR ou d'une expertise.

c) C'est ainsi à tort que l'intimé a nié la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant dans sa décision du 22 avril 2015.

6. Il s'ensuit que le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du recourant datée du 5 novembre 2014, instruisse la cause et rende une décision sur le droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. Le recourant obtenant gain de cause, il a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 1'000 fr., débours et TVA compris.

b) Au vu de ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire déposée par le recourant est sans objet. Au demeurant, on constate que les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire ne seraient vraisemblablement pas réalisées en l'espèce. En effet, d'après les revenus et les charges mensuels allégués par le recourant dans le formulaire de demande d'assistance judiciaire, il aurait été en mesure de faire face aux frais de la procédure ainsi qu'à ses frais d'avocat. La condition de l'indigence n'étant probablement pas réalisée, le recourant n'aurait ainsi pas droit à l'octroi de l'assistance judiciaire pour la présente procédure.

Cette question peut toutefois demeurer indécise dans la mesure où la demande d'assistance judiciaire était limitée aux frais de justice et que ceux-ci ont été mis à la charge de l'intimé.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 22 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour entrée en matière, instruction et décision sur le droit de X._____ aux prestations de l'assurance-invalidité.
- III. La demande d'assistance judiciaire est sans objet.
- IV. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ un montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens, TVA et débours compris.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :