

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2016

Composition : M. NEU, président
Mme Dessaux, et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gilliard, avocat, à Bex

et

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

Art. 17, 43 et 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD.

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la première requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 17 janvier 2005 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant tunisien né en 1979, motif pris de « lombalgies persistantes » ayant entraîné une incapacité de travail dès décembre 2003 dans son activité habituelle de coiffeur,

vu la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (sur les plans neurologique, rhumatologique et psychiatrique), réalisée par la Clinique B. _____ en novembre 2005, laquelle a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dans son activité de coiffeur de décembre 2003 à avril 2005, avant de recouvrer une capacité de 50% dans son activité habituelle, respectivement entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles à compter de mai 2005,

vu la décision rendue par l'OAI le 30 octobre 2006, par laquelle il a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100% pour la période limitée s'étendant de décembre 2004 à juillet 2005, et constaté qu'il présentait un degré d'invalidité nul dès cette date excluant subséquentement tout droit à des prestations AI,

vu la seconde demande de prestations formulée par l'assuré en date du 20 août 2008, arguant de l'aggravation de ses lombalgies et de l'apparition de sciatalgies,

vu l'examen rhumatologique effectué le 9 janvier 2009 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans sa profession de coiffeur, mais de 85% dans une activité respectant son état de santé depuis juin 2008,

vu l'examen complémentaire de l'assuré, réalisé le 2 mars 2010 par le Dr D._____, réitérant les considérations précitées en termes d'exigibilité médicale de l'exercice d'une activité lucrative adaptée,

vu la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, émise le 20 mai 2010 par l'OAI, lequel a retenu que la comparaison des revenus, basée sur une capacité de travail de 85% dans une activité respectant l'état de santé de l'assuré, mettait à jour un degré d'invalidité de 6,07% excluant le droit à ces prestations,

vu l'arrêt rendu le 7 juin 2012 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, rejetant le recours de l'assuré et confirmant la décision de l'OAI du 20 mai 2010, lequel est entré en force,

vu la troisième requête de prestations AI, déposée par l'assuré le 25 mars 2014, dans le cadre de laquelle il a fourni des rapports de ses médecins traitants et des différents spécialistes consultés, à savoir :

- un rapport établi le 6 novembre 2013 par le Service de psychiatrie du Centre hospitalier G._____ suite à son hospitalisation volontaire au motif de « mise à l'abri d'idées suicidaires scénarisées par projection d'un pont », retenant le diagnostic d'un « épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F33.2) » ;
- un rapport du 3 mars 2014, émanant du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, lequel a observé une « nette discopathie dégénérative L5-S1 » ;
- un rapport du 5 mars 2014 du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, relatant des « sciatalgies S1 gauches sur récurrence de hernie discale L5-S1 para-médiane » ;
- un rapport rédigé le 17 mars 2014 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'une prise en charge hebdomadaire à compter du 17 octobre 2013,

ainsi que des diagnostics d'un « état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2) » et de « troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31) » ;

- un bref rapport du Dr H._____, médecin généraliste traitant, établi le 18 mars 2014, attestant d'une incapacité totale de travail ;

vu les rapports médicaux sollicités par l'OAI auprès de ces divers praticiens et l'avis du 4 février 2015 du Dr K._____, médecin au SMR, préconisant de diligenter une expertise orthopédique, mais de ne pas « entrer en matière [...] sur le plan psychiatrique » étant donné les observations rapportées de ce point de vue par la Clinique B._____ à l'issue de l'expertise pluridisciplinaire de novembre 2005,

vu le mandat confié au Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 10 juin 2015, diagnostiquant un « status post hernie discale L5-S1 gauche », un « status post cure de hernie discale L5-S1 gauche », une « maladie discale L5-S1 stade III de Pfirmann avec protrusion discale avec une compression radiculaire modeste » et une « hernie discale TH8-TH9 avec compression médullaire », ainsi que considérant que l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré était exigible à plein temps sous suite d'une baisse de rendement de 15%,

vu l'avis émis le 29 juin 2015 par le Dr K._____ du SMR, lequel s'est rallié aux conclusions du Dr L._____ et constaté que la capacité de travail de l'assuré était demeurée inchangée depuis le précédent examen effectué par le Dr D._____ en mars 2010,

vu le projet de décision émis par l'OAI le 15 septembre 2015, envisageant de nier à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, compte tenu du maintien d'un degré d'invalidité de 6,07%,

vu la décision rendue par l'OAI le 26 octobre 2015, reprenant les termes de son projet de décision précité,

vu le recours formé le 23 novembre 2015 par l'assuré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, où il s'est prévalu d'une instruction lacunaire de son dossier, en l'absence d'investigations conduites sur le plan psychiatrique malgré la production des rapports établis par le Dr F.____ et le Service de psychiatrie du Centre hospitalier G.____, où il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 26 octobre 2015 sous suite de renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avant nouvelle décision et sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire compte tenu de la précarité de son budget,

vu la décision du juge instructeur du 25 novembre 2015 accordant l'assistance judiciaire au recourant sous forme d'exonération d'avances et de frais judiciaires,

vu la correspondance de Me François Gilliard du 8 janvier 2016, par laquelle il a informé le tribunal avoir été mandaté par le recourant et requis d'être désigné en qualité d'avocat d'office pour la procédure de recours pendante contre la décision de l'OAI du 26 octobre 2015,

vu la réponse de l'intimé du 11 janvier 2016, concédant la nécessité de diligenter une expertise psychiatrique de l'assuré afin de statuer à satisfaction sur une éventuelle modification de son état de santé depuis la décision du 20 mai 2010,

vu le courrier du juge instructeur du 19 janvier 2016, signalant au recourant que la réponse de l'intimé n'appelait pas de réplique et invitant son mandataire à produire la liste de ses opérations dans le cadre de l'assistance judiciaire,

vu les pièces au dossier ;

Attendu que le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que, 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, et si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2),

que, lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est, comme en l'espèce, entrée en matière, il convient d'examiner, conformément à l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013, consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1),

attendu qu'en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce, le dossier ne permet notamment pas de répondre de manière claire à la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est détérioré notablement et durablement au motif d'atteintes à la santé psychiques depuis la précédente décision au fond, émise le 20 mai 2010, et cas échéant, avec quelle incidence sur sa capacité de travail,

qu'en particulier le volet psychiatrique n'a pas été investigué à satisfaction par l'intimé, ce dernier ayant en définitive suivi l'opinion exprimée par le SMR, selon lequel il ne se justifiait pas « d'entrer en matière sur le plan psychiatrique » en dépit des rapports du Service de psychiatrie du Centre hospitalier G. _____ du 6 novembre 2013 et du Dr F. _____ des 17 mars 2014 et 24 juillet 2014,

qu'en l'état, les pièces versées au dossier ne permettent ainsi pas de statuer en pleine connaissance de cause,

que, par sa réponse du 11 janvier 2016, l'intimé a d'ailleurs expressément admis qu'une expertise psychiatrique de l'assuré s'imposait,

que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité ;

RS 831.20] ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ;

RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

qu'un renvoi à l'OAI se justifie incontestablement en l'espèce, en l'absence d'investigation suffisante de l'état de santé psychique de l'assuré,

que le recours se révèle ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée du 26 octobre 2015 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan psychiatrique par l'organisation d'une expertise conformément à l'art. 44 LPGA,

attendu que le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel et qu'il peut dès lors prétendre une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA),

qu'en l'état de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 800 fr. (art. 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.26.5.1]),

que cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil mandaté par le recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision, rendue le 26 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.
- III. Les frais de justice, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me François Gilliard, à Bex (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :