

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Bernard Zahnd, 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. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a notamment travaillé comme aide de garage et, en dernier lieu, comme ouvrier dans le bâtiment. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 10 septembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir, depuis cinq ans environ d'une malformation de la colonne vertébrale.

Dans un rapport à l'OAI du 2 octobre 2007, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a exposé n'avoir vu l'assuré qu'à une seule reprise le 30 mai 2007 à la demande de son médecin traitant pour des propositions thérapeutiques, précisant qu'alors, il travaillait à 50% et était au chômage à 50%.

En annexe à ce document figurait un rapport de la Dresse H._____ à l'attention du Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, daté du 4 juin 2007 et relatif à la consultation du 30 mai précédent, retenant le diagnostic de cervicalgies chroniques non spécifiques.

Dans un rapport à l'OAI du 2 octobre 2007, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il n'y avait, en ce qui le concernait, aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a en revanche posé le diagnostic sans répercussion de la capacité de travail de cervicalgies parfois accompagnées de céphalées sur mauvaise habitude posturale et surutilisation de la colonne cervicale dues à une certaine raideur dorso-lombaire. Le Dr N._____ a indiqué que le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) reçu le 9 juin 2006 démontrait qu'il n'y avait aucun trouble dégénératif, ni aucune hernie discale ou discopathie dégénérative. N'ayant pas revu l'assuré depuis le 6 juin 2006, il a mentionné n'avoir aucune idée de son évolution et priait l'OAI de

s'adresser à son médecin traitant pour de plus amples informations concernant une éventuelle incapacité de travail.

Dans un rapport du 6 novembre 2007 à l'OAI, le Dr G. _____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non spécifiques avec céphalées tensionnelles et vertiges d'origine cervicale, ainsi que de probable état de stress post traumatique, depuis début 2004. Il a précisé que l'assuré avait été en arrêt de travail à 100% du 6 au 15 décembre 2004 ; pour le reste, l'intéressé était au chômage et faisait du travail temporaire depuis 2004. Précisant que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, le Dr G. _____ a indiqué que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Ce praticien a en outre mentionné que le pronostic lui semblait assez sombre étant donné une sensation de chronification et de grandes difficultés du patient à s'adapter, à accepter et à profiter des traitements donnés. On extrait en outre ce qui suit de l'annexe au rapport médical précité :

« **1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici**

1.1. Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Le patient se plaint de vertiges et de cervicalgies suffisamment importantes pour l'empêcher de travailler dans son activité professionnelle qui était un travail dans le bâtiment.

1.2. L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, par exemple) :

Non, en tout ca[s] en ce qui concerne le travail dans les échafaudages, puisque le patient se plaint de vertiges. Sinon, pour d'autres travaux, il est probablement capable de travailler quelques heures par jour dans une activité adaptée.

1.3. Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, dans son activité de travailleur dans le bâtiment. Dans un travail plus léger et avec un rendement adapté, il devrait pouvoir être actif.

2. Question concernant une éventuelle réinsertion professionnelle :

2.1. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent ? Si oui, quelles mesures peut-on exiger (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, aménagement du poste de travail, etc..) :

Probablement mais celles-ci devront déjà [être] quantifiées par un examen neuropsychologique et de capacité au travail (évaluation au centre SUVA par exemple).

De quelle manière ces mesures peuvent-elles influencer la capacité de travail ?

2.2. Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité ?

Oui.

2.2.1. Si oui :

Le nombre d'heure et l'activité ne pourront être évalués qu'après l'examen précis susmentionné.

A quoi faudrait-il être particulièrement attentif ?

Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour) ?

2.2.2. Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui. Il est probablement incapable de reprendre les activités qu'il a eu[es] en dernier. Un travail léger et adapté comme susmentionné serait envisageable.

2.2.3. Si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison ?

Je suggère que le patient soit invité à venir au centre SUVA pour être évalué précisément quant à ses capacités après un examen psychologique et de rendement au travail.

[...] ».

Dans un rapport médical à l'OAI établi le 7 novembre 2007, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic incapacitant de céphalées chroniques (DD [diagnostic différencié]: cervicales, tensionnelles, médicamenteuses) et de syndrome vertigineux intermittent

et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle traitée. Il a précisé que des examens complémentaires et des tests thérapeutiques étaient nécessaires pour juger l'éventuelle réduction de la capacité de travail de l'assuré. Il a indiqué que l'activité habituelle, de même qu'une autre activité étaient exigibles, avec toutefois une diminution de rendement.

Dans un rapport établi par le Dr D. _____ le 27 juin 2008, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée depuis le 16 décembre 2004. Pour le surplus, le Dr D. _____ a notamment exposé ce qui suit :

« L'assuré se plaint de cervicalgies chroniques sans répercussion sur la capacité de travail pour le Dr N. _____ orthopédiste. Son appréciation de la capacité de travail n'est pas contredite par les rapports médicaux de la Dresse H. _____ rhumatologue. L'avis du Dr G. _____, médecine générale FMH, ne saurait prévaloir sur l'avis des spécialistes qui ont fourni un rapport médical fouillé avec souci du détail.

Le Dr G. _____ n'atteste aucune période d'incapacité de travail autre que du 06/12/2004 au 15/12/2004. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

Le Dr R. _____ retient un syndrome vertigineux intermittent et des céphalées chroniques. Il n'est pas clair si nous sommes face à un trouble somatique ou fonctionnel, aucun médecin n'ayant jugé bon de pousser plus loin les investigations dans le cadre de la Lamal. Les céphalées non traitées ne sauraient être source d'empêchements durables. Par contre on doit admettre que l'assuré ne peut pas travailler en hauteur ou sur échelles.

toujours Capacité de travail dans l'activité d'aide de garage : 100% depuis
L'activité habituelle est adaptée ».

Dans un projet de décision du 1^{er} juillet 2008, intégralement confirmé le 15 septembre suivant, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'AI de l'assuré pour les raisons suivantes :

« En l'espèce, selon les renseignements en notre possession et après analyse médicale de votre situation, nous constatons que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain de 100% du 6 décembre 2004 au 16 décembre 2004, soit durant moins d'une année.

Il ressort de l'analyse médicale de votre situation, que votre capacité de travail et de gain dans votre ancienne activité d'aide de garage est exigible à 100%. Par contre, on doit admettre que vous ne pouvez pas travailler en hauteur ou sur des échelles ».

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

B. Le 11 mai 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, sans toutefois indiquer l'atteinte dont il souffrait, se contentant de renvoyer au dossier du Dr G._____.

Par courrier à l'OAI du 24 juin 2009, le Dr G._____ a exposé que la situation de l'assuré était absolument inchangée depuis son rapport du 6 novembre 2007. Il a indiqué avoir revu l'intéressé quelques fois pour des problèmes de sinusites notamment, précisant n'avoir aucun autre consilium ou rapport que celui de novembre 2007. Il a en outre relevé qu'un accident ayant eu lieu le 6 mai 2008 avait manifestement abouti à une contusion locale au niveau du genou droit sans séquelle et que l'assuré se plaignait toujours de cervicalgies avec vertiges, soulignant qu'aucun traitement n'avait permis d'améliorer la situation.

Par décision du 28 septembre 2009, confirmant un projet du 28 juillet 2009, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

C. Le 23 septembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, sans préciser la nature de l'atteinte à sa santé.

Dans un rapport à l'OAI du 15 octobre 2010, le Dr G._____ a notamment exposé ce qui suit (sic):

« Je ne reviendrai pas sur les éléments déjà décrit dans les rapports précédents, ceux sont toujours présents et suscitent de sa part des consultations récurrentes.

Le diagnostic actuel sur les bases d'une IRM cervicale pratiquée le 14.09.2010 est de :

- **Discopathies génératives C4 - C5 et C5 - C6**

Cette IRM a été faite suite à la proposition des **neurologues du Centre hospitalier T. _____** qui ont vu le patient aux urgences au mois de mai 2010. Il s'est présenté pour des céphalées, symptomatologie qu'il décrit depuis de nombreuses années et évoquées dans mes rapports précédents. Il souffre toujours de **cervicalgies**, probablement source de ses céphalées puisque confirmées par l'IRM susmentionnée. Le patient déclare être **gêné dans son travail**, mais il m'est difficile de répondre quant à une évaluation de sa capacité de travail. Elle devrait être basée sur un choix de professions possibles, choix qui incombe aux spécialistes de la réadaptation professionnelle, après examen des compétences professionnelles pratiques de l'assuré.

Le pronostic est mauvais puisqu'il est inchangé depuis 6 ans ».

Etaient joints au document précité :

- Un rapport d'IRM cérébrale du 13 septembre 2010 émanant des Drs C. _____, M. _____ et X. _____, spécialistes en radiologique, concluant à un bilan IRM sans grande particularité en dehors d'une petite lacune séquellaire sylvienne gauche ;

- Un rapport d'IRM cervicale du 13 septembre 2010 signé des Drs C. _____, M. _____ et X. _____, concluant à une IRM de la colonne cervicale sans grande particularité en dehors de minimales discopathies C4-C5 et C5-C6 ;

- Un rapport d'IRM cervicale du 9 juin 2006 établi par le Dr A. _____, spécialiste en radiologie, concluant à une IRM cervicale dans les limites de la norme pour l'âge.

Dans un avis SMR du 1^{er} février 2011, le Dr D. _____, se basant sur les rapports d'IRM précités, a exposé qu'il n'y avait pas d'éléments convaincants d'une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision AI.

Le 31 mai 2011, l'OAI a notifié à l'assuré un préavis de refus d'entrer en matière, estimant que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations. Ce projet a été confirmé par décision du 11 juillet 2011.

D. En date du 23 juin 2015, l'OAI a indexé une nouvelle demande de prestations aux termes de laquelle l'assuré indiquait souffrir d'une maladie depuis décembre 2004 environ. Etaient joints à cette demande les documents suivants :

- Un rapport du Dr G. _____ du 7 octobre 2014 à l'adresse du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel les infiltrations qui avaient été pratiquées n'avaient amené aucune amélioration et indiquant que les symptômes étaient en augmentation dans la fréquence et dans l'intensité ;

- Un rapport du 9 octobre 2014 à l'attention du Dr G. _____, dans lequel le Dr F. _____ posait les diagnostics de cervicalgies non spécifiques, vertiges et hyperension artérielle et dont l'appréciation du cas était la suivante :

« Malheureusement, on a peu d'éléments organiques pour pouvoir défendre l'ouverture du dossier devant l'Al. Bien sûr, je ne maîtrise pas le côté neurologique mais, je doute très fort que les vertiges du patient soient liés à sa cervicarthrose qui est minime.

[...]

Je pense qu'une grande part du problème est une certaine somatisation, comme vous l'avez bien cerné dans vos rapports antérieurs [...].

Pour ma part, je n'ai pas prévu de le revoir mais je reste bien entendu à disposition si la symptomatologie se modifiait » ;

- Un rapport à l'attention du Dr G. _____ établi le 15 décembre 2014 par la Dresse Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, retenant les diagnostics de cervicalgies banales sur

discrets troubles dégénératifs et protrusions discales C4/C5 et C5/C6 sans compression radiculaire et vertiges « d'origine x ». La Dresse Z. _____ a indiqué qu'elle estimait qu'il y avait une composante anxigène, voire un état dépressif et qu'un avis psychiatrique lui paraissait raisonnable, le patient refusant toutefois toute intervention psychologique. Exposant que les vertiges de l'assuré n'étaient pas d'origine rachidienne, elle a proposé des investigations neurologiques dans un service spécialisé. Quant à la question d'une réouverture du dossier AI, cette praticienne a relevé que les problèmes ostéo-articulaires de l'assuré ne justifieraient certainement pas l'obtention d'une rente ;

- Un rapport du 26 janvier 2015 du Dr R. _____ à l'attention du Dr G. _____, dont on extrait que les différents bilans d'imagerie qui avaient été effectués n'avaient pas permis de détecter une cause aux douleurs et vertiges et que les différentes tentatives de traitements n'avaient pas pu soulager l'assuré. Le Dr R. _____ a également indiqué que l'examen neurologique était à considérer comme normal avec des réflexes, une force et une sensibilité, ainsi qu'une bonne coordination préservés et que l'examen neurosonologique ne montrait aucune sténose hémodynamiquement significative au niveau des deux grands axes carotidiens et vertébraux. Ce praticien a mentionné ne pas avoir trouvé d'éléments qui pourraient expliquer les vertiges positionnels au niveau cérébro-vasculaire. Il a enfin souligné avoir discuté avec l'assuré la possibilité que ses troubles chronifiés, récemment aggravés, pourraient avoir une cause dans sa situation émotionnelle et socio-professionnelle, ce que l'intéressé n'a pas réfuté ;

- Un certificat médical établi le 12 mars 2015 par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, précisant qu'hormis les doléances subjectives, aucune symptomatologie qui pourrait faire évoquer une comorbidité psychiatrique n'avait pu être mise en évidence ; et

- Un rapport du 24 mars 2015 du Dr G. _____ au conseil de l'assuré, posant les diagnostics de cervicalgies chroniques, vertiges

chroniques, hypertension artérielle (HTA) et probable réaction psychologique à un état douloureux chronique et précisant que les douleurs étaient localisées au niveau cervical accompagnées de vertiges et que les plaintes chroniques avaient un effet délétère sur l'état de santé psychologique de l'assuré.

Dans un avis du 5 novembre 2015, la Dresse K._____ du SMR, a indiqué que les nombreux rapports médicaux rédigés par les spécialistes n'amenaient pas d'éléments médicaux justifiant une atteinte durablement incapacitante, soulignant que les Drs F._____ et Z._____ étaient de l'avis unanime que les problèmes ostéo-articulaires ne justifiaient pas une incapacité de travail. Elle a en outre mentionné que la « probable » atteinte psychologique retenue par le Dr G._____ n'avait pas été confirmée par le psychiatre. Elle a donc conclu qu'il n'existait pas d'éléments suffisamment convaincants pour expliquer une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision de l'OAI et que la capacité de travail demeurait inchangée.

Par courrier du 9 novembre 2015, le conseil de l'assuré a transmis à l'OAI les documents suivants :

- Une attestation médicale du Dr W._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assuré, du 13 octobre 2015, selon laquelle l'assuré souffrait de lombalgie sévère, cervicalgie, HTA, dépression sévère, vertiges chroniques, troubles statiques et obésité morbide et précisant que son état de santé l'empêchait de travailler à 100% dans toutes les activités et qu'une expertise médicale pluridisciplinaire était fortement conseillée ; et

- Un courrier du Dr W._____ à son attention du 2 novembre 2015, posant les diagnostics de lombalgie sévère, F33.2 [Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques], troubles statiques et vertiges.

Dans un avis SMR du 5 janvier 2016, la Dresse K._____ a exposé que le diagnostic de lombalgie sévère posé par le Dr W._____

n'était pas accompagné par un status clinique ostéo-articulaire exhaustif et complet, ni par un examen radiologique, ni par un conseil spécialisé, soulignant que le Dr W._____ connaissait l'assuré depuis peu de temps et avouait ne pas pouvoir fournir un rapport détaillé. Elle en a conclu qu'il n'existait pas d'éléments médicaux convaincants permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Le 7 janvier 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, pour les raisons suivantes :

« Considérants :

« La précédente demande de prestations de J._____ avait été rejeté par décision du 11 juillet 2011. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que s'il rend plausible que l'état de fait s'est modifié depuis cette date et qu'il est désormais susceptible de changer son droit aux prestations.

Avec sa nouvelle demande, il n'a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons entrer en matière sur votre nouvelle demande.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations ».

Le 8 février 2016, l'assuré a présenté ses objections au projet précité. Il a fait valoir que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de l'OAI, se basant sur les éléments suivants :

- Un rapport du 25 janvier 2015 (recte : 2016) du Dr W._____ qui prévoyait notamment ce qui suit (sic):

« 1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme Psychotique F33.3
- Trouble de la personnalité F60.9
- Trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de paniques F40.1
- Trouble de la personnalité de type dépendant F60.7

- Personnalité émotionnellement labile type Borderline F60.31
- Trouble du comportement alimentaire de type boulimique F50.3
- Esprit d'abandonnisme
- Céphalées persistantes
- Insomnies
- Reflux gastrique
- HTA
- Trouble douloureux chronique
- Troubles statiques
- Lombalgies sévères
- Cervicalgies

2. Limitations fonctionnelles d'origine strictement médicales : état d'épuisement physique et psychique résistance et endurance fortement réduites, trouble cognitifs avec une forte baisse de la concentration et l'attention et de la mémoire, humeur triste et anhédonie, retrait social, pics d'angoisses avec épisodes d'anxiété paroxystique, notamment lors d'exposition à des situations de prestations social ou de rencontres, perte totale de confiance en lui, apragmatisme, difficultés à prendre des décision. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episodes de pleures très fréquents.

3. Le patient est à l'arrêt de travail 100% dans toutes les activités depuis 2007 selon les archives médical.

4. Aucune capacité de travail dans une activité adaptée depuis. [...]

6. Pronostic :

Réservé sur le plan de la capacité de travail, évolution incertaine avec des symptômes invalidants actuellement, malgré une prise en charge intégrée et maximale ».

- Un rapport du 25 janvier 2016 émanant de P._____, psychothérapeute, dont la teneur est la suivante (sic):

« [...]

Description de la situation

Etat de santé, déficiences :

Bénéficiaire souffre de multiples douleurs et traumatisme difficilement, équilibrable, cervicalgie accompagnée par des douleurs diffuses de la conduite auditive, douleurs dorsale, cervicales, l'épaule droite. Présente des inflammations qui handicap la vie quotidienne. Troubles neurologique accompagnée par fois par des tremblements involontaires sur les MI, MS et la mâchoire (tête).

Même avec l'aide de la Physiothérapie il a de la peine à avoir une amélioration au niveau de la marche suite aux douleurs dorsale et cervicale (Hanches, Genoux Pieds-Crise de gouttes en permanence), vu qu'il n'est pas sûr pour les déplacements la plupart du temps il

est accompagné par ses proches (enfants) surtout pour les déplacements à l'extérieur.

Incapacités, dépendance, problèmes :

J. _____ a besoin d'aide pour certains actes de la vie au quotidien. Cycle du sommeil (jour/nuit) perturbé, cauchemars permanents, angoissée, panique et présente une phobie sociale, idées paranoïaques accompagnées par des idées suicidaires fréquentes surtout depuis fin Mai 2015 qui rendent une qualité de vie très nuisante. Monsieur souffre de son isolement social et de son inactivité. Mr est désœuvré et démotivé, présente des épisodes d'angoisse qui perturbent son quotidien.

J. _____ est déprimé et le risque d'épuisement de son petit réseau est conséquent. J'observe des troubles du langage (perte de certains mots) et des perturbations des fonctions exécutives.

Problèmes physiques, psychiques, mentaux :

Faiblesse générale, fatigue intense, perturbation alimentaire, insomnies, nausées, déprimé. Barrage de la langue, difficultés à s'exprimer, a de la peine à entendre et à comprendre les autres, trouver ses mots aller au bout de sa pensée et de exprimer des demandes concrètes. A besoin d'être guidé à la répétition. Persécutée, présente une phobie sociale, les idées suicidaires sont rapprochées et les exprime souvent dans les entretiens.

Exprime des sentiments de détresse, colère, plaintes répétées. Présente des changements aigus (agitation, léthargie, difficile à réveiller, désorientation, négligence par fois). Comportement social et endurance fortement réduite, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et de l'attention et de la mémoire.

Humeurs tristes et anhédonie, retrait social, pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété, perte totale de confiance en lui, difficulté à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episode de pleurs très fréquents [...] ».

Dans un avis du 4 mars 2016, la Dresse K. _____ du SMR s'est déterminée comme suit sur les documents précités :

« Après lecture attentive des deux documents, nous pouvons signaler que le Dr W. _____, médecin généraliste FMH, mentionne des diagnostics d'ordre psychiatrique (...) [qui] ne sont pas accompagnés par un statut clinique exhaustif ni par des tests de la personnalité.

Nous rappelons que le Dr Q. _____, psychiatre FMH, dans son rapport médical du 12.03.2015, n'avait « *pas pu mettre en évidence de symptomatologie qui pourrait faire évoquer une comorbidité psychiatrique* ». L'assuré n'avait pas non plus souhaité poursuivre le traitement psychothérapeutique.

Nous ne disposons pas d'éléments médicaux suffisants pour s'écarter de l'appréciation d'un spécialiste FMH en psychiatrie.

Actuellement le suivi est garanti par un psychothérapeute, P._____, qui n'est pas habilité à se prononcer sur des incapacités de travail.

Au plan somatique, les atteintes ostéo-articulaires ne sont pas non plus détaillées par un examen clinique exhaustif et complet ni par un examen radiologique et n'ont pas justifié un suivi spécialisé.

Nous soulignons aussi que le syndrome vertigineux intermittent, qui avait motivé la déposition de la première demande, n'est plus mentionné, les plaintes liées à cette atteinte ne semblant plus d'actualité.

En conclusion, nous ne disposons pas d'éléments médicaux convaincants qui nous permettent d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré et de modifier notre avis précédent ».

Le 14 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 janvier 2016 et refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré. Dans le courrier d'accompagnement de cette décision, il a expliqué à l'intéressé que les nouvelles pièces médicales transmises avaient été soumises au SMR pour examen et qu'il en était ressorti qu'il n'existait pas d'éléments médicaux convaincants permettant d'admettre une aggravation de son état de santé.

E. Par acte du 29 avril 2016, J._____, représenté par Bernard Zahnd, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il soutient que son état de santé s'est incontestablement péjoré depuis juillet 2011 - date de la décision de refus des prestations de l'assurance-invalidité - tel que cela ressort des rapports du Dr W._____ et de P._____ qui font état d'une limitation de la capacité, tant physique que psychique, à exécuter certaines tâches ou actions, ce qui devrait pouvoir être corroborés par un expert.

Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 14 mars 2016. Se ralliant à l'avis du SMR auquel les pièces communiquées par le recourant ont été soumises, il soutient en substance que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il souligne en outre que le principe inquisitoire invoqué par le recourant ne s'applique pas à la procédure de la nouvelle demande.

Par réplique du 22 août 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il sollicite en outre l'audition de plusieurs témoins et la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans sa duplique du 13 septembre 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il souligne qu'une expertise ou une audition de témoins n'a pas lieu d'être dans le cadre d'un refus d'entrer en matière.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 23 juin 2015, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait la révision de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 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, 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. 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 (art. 87 al. 3 RAI). 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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 références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que 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 par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute cour 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'assurance-invalidité 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 (*cf.* art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

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, 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 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) 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). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

d) 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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 23 juin 2015. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 15 septembre 2008 et la décision litigieuse du 14 mars 2016, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 14 mars 2016 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 15 septembre 2008. 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.

Dans ce prolongement, et dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure (*cf.* consid. 3b *supra*), le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une telle instruction, mais

seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. Pour les mêmes motifs, le tribunal n'a pas à procéder à l'audition des médecins, conformément à la requête prise dans ce sens par le recourant dans son écriture du 22 août 2016.

a) A l'occasion de la décision du 15 septembre 2008 refusant au recourant le droit à des prestations de l'AI, l'intéressé présentait une capacité de travail totale dans toute activité, y compris son activité précédente d'aide-garagiste, étant toutefois précisé qu'il ne pouvait pas travailler en hauteur ou sur des échelles. Ces éléments correspondaient aux appréciations des Drs N._____ et H._____, ainsi que du Dr R._____. Le recourant souffrait alors de cervicalgies et de céphalées chroniques, de syndrome vertigineux intermittent et d'hypertension artérielle.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 23 juin 2015, le recourant se prévaut des rapports du Dr F._____ du 9 octobre 2014, de la Dresse Z._____ du 15 décembre 2014, du Dr R._____ du 26 janvier 2015, du Dr G._____ des 7 octobre 2014 et 24 mars 2015, ainsi que des rapports du Dr W._____ et de P._____ du 25 janvier 2016, produits à l'appui de ses objections du 8 février 2016.

Le Dr F._____ a exposé que le recourant souffrait de cervicalgies non spécifiques, vertiges et hypertension artérielle. La Dresse Z._____ a confirmé les diagnostics de cervicalgies - sur discrets troubles dégénératifs et protusions discales C4/C5 et C5/C6 - et de vertiges et souligné qu'il existait chez l'intéressé une composante anxieuse. Ces diagnostics ont été repris par les Drs G._____ et W._____, tous deux médecins traitants du recourant, le second ayant en outre posé les diagnostics de lombalgie et de dépression sévère, ainsi que de troubles de la personnalité.

b) Force est toutefois de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

En effet, sur le plan somatique, le Dr F._____ a précisé ne disposer que de peu d'éléments organiques permettant de défendre l'ouverture d'un dossier AI, précisant que la cervicarthrose dont souffrait le recourant était minime. Quant à la Dresse Z._____, elle a considéré que les problèmes ostéo-articulaires de l'intéressé ne justifieraient certainement pas l'obtention d'une rente. Quoi qu'il en soit, les atteintes au niveau cervical, ainsi que les vertiges dont se prévaut le recourant étaient déjà connus lors de la décision du 15 septembre 2008 et n'avaient alors pas été considérés comme incapacitants, sous réserve du travail en hauteur ou sur des échelles.

L'analyse des atteintes du recourant sur le plan neurologique ne permet pas d'arriver à une autre conclusion. Il ressort en effet du rapport du Dr R._____ du 26 janvier 2015, que l'examen neurologique de l'intéressé est à considérer comme normal et qu'il n'a pas permis de mettre en lumière les causes des vertiges sur ce plan. On ne voit donc pas en quoi il en résulterait une aggravation de l'état de santé du recourant, étant précisé que les limitations fonctionnelles relatives aux problèmes de vertiges avaient été déjà prises en compte dans la décision de l'intimé de septembre 2008.

Le diagnostic de lombalgie sévère posé par le Dr W._____ n'est pas accompagné d'un status clinique ostéo-articulaire exhaustif et complet, ni par un examen radiologique et n'est corroboré par aucun des spécialistes ayant examiné le patient dans les mois précédents, de sorte qu'on ne peut conclure sur cette seule affirmation à une aggravation de l'état de santé du recourant.

Si les médecins traitants de l'assuré considèrent que les troubles somatiques de l'assuré justifient une incapacité de travail dans toute activité, on précisera encore qu'aucun des spécialistes précités n'a

amené d'éléments médicaux justifiant une incapacité de travail, ainsi que le relève justement le SMR dans son avis du 5 novembre 2015.

Sur le plan psychique, les troubles allégués par les Drs W._____ et G._____ n'ont pas été confirmés par le psychiatre, le Dr Q._____ ayant conclu qu'hormis les doléances subjectives, aucune symptomatologie psychiatrique n'avait pu être mise en évidence. Enfin, et comme le retient à juste titre le SMR dans son avis du 4 mars 2016, le psychothérapeute du recourant n'est pas habilité à se prononcer sur des incapacités de travail de l'intéressé.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a nié la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé somatique et psychique du recourant dans sa décision du 16 mars 2016. Il était dès lors fondé, sur la base des indications qui lui ont été fournies par le recourant, à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations. Les griefs du recourant sont ainsi mal fondés.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'J._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Bernard Zahnd (pour J._____),
- 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).

La greffière :