

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, ayant obtenu un CFC d'employé de commerce, a exercé diverses activités de comptable, analyste financier et informaticien. Le 4 novembre 2013, il a, ensuite d'une procédure de détection précoce, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une dépendance à l'alcool et de problèmes cardio-vasculaires et pulmonaires.

Dans un rapport médical du 3 mars 2014, le Dr C. _____ et la Dresse N. _____, spécialiste en médecine interne générale, de la Clinique Q. _____, ont retenu les diagnostics suivants :

Diagnostiques avec effet sur la capacité de travail En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-IV	Existant depuis quand?
- Syndrome de dépendance à l'alcool, consommation continue avec : <ul style="list-style-type: none">o Antécédents de plusieurs sevrages alcooliques (trois séjours à Tamaris, un séjour à Cery, un séjour à Morges)o Malnutrition et dénutritiono Probable stéatose hépatique	Environ 20 ans
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes à répétition : <ul style="list-style-type: none">o Sur polyneuropathie d'origine probablement alcooliqueo Insuffisance artérielle des membres inférieurs	
- Artériopathie des membres inférieurs de stade II, selon Fontaine, avec thrombo-endarterectomie du carrefour fémoral droit <ul style="list-style-type: none">o Angioplastie et stenting de l'artère iliaque commune droite en août 2013	
- Lombosacralgies d'origine indéterminée <ul style="list-style-type: none">o DD : sur fracture ostéoporotique, douleur de la hanche référée	Environ 3 ans
- Syndrome dépressif récurrent	
Diagnostiques sans effet sur la capacité de travail	Existant depuis quand?
- BPCO de stade IIa, tabagisme actif environ 100 UPA	
- Dyslipidémie traitée	
- Gammopathie monoclonale à IgM sans évidence de myélome	
- Tabagisme chronique à 80 UPA	
- S/p stabilisation par DHS du fémur proximal à gauche suite à une chute sur alcoolisation	2010

L'assuré ne travaillait plus depuis 1997. Les difficultés et le stress professionnels l'avaient amené à consommer de l'alcool. Les restrictions physiques et mentales l'empêchaient d'exercer son activité habituelle.

Le Dr X. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a rendu un avis médical le 3 juin 2014, dont la teneur est la suivante :

« [...] L'atteinte principale de notre assuré est un syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue malgré de nombreuses tentatives de sevrage dans les différents établissements spécialisés du canton. L'alcoolisme a débuté vers l'âge de 16 ans. L'assuré a pu faire un CFC et a eu une activité professionnelle ce qui confirme que cet alcoolisme est primaire.

Il présente également un tabagisme très important (4 paquets de cigarettes par jour).

Les conséquences de ces addictions sont à ce jour une polyneuropathie périphérique limitant sa capacité dans les déplacements, une malnutr[i]tion sur éthylisme chronique avec dénutrition et cachexie, une anémie macrocytaire sur toxicité éthylique, un emphysème pulmonaire avec BPCO stade II.

Sur le plan fonctionnel et médico-théorique, les LF [limitations fonctionnelles] sont les suivantes : activité principalement en position assise avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, activité principalement sédentaire sans port de charges lourdes et sans effort physique intense ou soutenu.

Il n'est pas en capacité de se mettre à jour dans son activité habituelle de comptable et informaticien, n'ayant pas exercé pendant 20 ans, il n'est pas fonctionnel dans le monde économique et son éthylisme avec consommation ne le met pas en état de pouvoir acquérir de nouvelles compétences.

Sa dénutrition est une atteinte curable par une nutrition adaptée et donc doit être considérée comme une atteinte temporaire et non durable. Les perturbations hépatiques selon les rapports n'ont pas de traduction symptomatique actuellement.
[...]

Médico-théoriquement son état actuel sans consommation d'alcool mais en prenant en compte les atteintes qui sont la conséquence de son éthylisme et de son tabagisme lui permettent une activité sédentaire principalement en position assise de type travail simple de type administratif ou travail simple à un établi en atelier. Durant la période de renutrition, la CT [capacité de travail] n'est pas complète. Une renutrition peut durer 3 à 6 mois (toujours dans l'hypothèse de cesser la consommation d'alcool et le tabac). »

b) Le 18 juillet 2014, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestations, rappelant qu'une dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante. L'atteinte de l'assuré était avant tout due à sa toxico-dépendance et on n'était pas en présence d'une invalidité au sens de la loi.

L'assuré a contesté le projet précité par courrier du 29 juillet 2014, estimant pour l'essentiel que l'OAI s'était fondé sur une étude sommaire de son dossier et ne tenait pas compte d'une situation médicale évolutive et d'examen récents. La mère de l'assuré a également écrit à l'OAI le 5 août 2014, observant notamment que son fils avait de plus en plus de peine à marcher, si bien qu'elle devait l'aider dans ses déplacements ainsi que pour les courses, qu'il ne pouvait porter en raison des douleurs au dos et aux jambes. Son fils se déplaçait avec une canne. Selon l'un de ses médecins traitants, il était souhaitable qu'il habite dans un environnement médicalisé, tel qu'un appartement protégé, et ne pouvait reprendre une activité en raison de son état psychique.

Dans un rapport du 10 septembre 2014, les Drs G._____ et B._____, spécialiste en urologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ont retenu dans ce domaine les diagnostics de syndrome prostatique bénin et de syndrome urinaire de type irritatif avec fuites nocturnes.

Dans un rapport du 4 juillet 2014, les Desses W._____ et K._____, du Service de rhumatologie, Centre des maladies osseuses, constataient une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire et du 1/3 radius et un état dégradé de la microarchitecture osseuse au niveau de la colonne lombaire.

Par avis médical du 21 octobre 2014, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du SMR, a observé notamment que les rapports précités ne permettaient pas de

modifier l'appréciation préalable de l'OAI. Le prostatisme bénin n'entraînait aucune incapacité de travail et l'ostéoporose était connue, faisant partie intégrante de la dépendance à l'alcool et de la dénutrition y relative.

c) Le 4 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité identique à son projet du 18 juillet 2014. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision qui est entrée en force.

Par courrier à l'OAI du 28 novembre 2014, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie et médecin traitant de l'assuré, a observé que son patient présentait plusieurs atteintes médicales, secondaires à sa dépendance alcoolique mais également indépendantes de cette consommation, en particulier une atteinte du rachis. Son état central n'avait pas évolué, mais il était constaté à chaque consultation un ralentissement psychomoteur et des troubles de l'humeur. Il était clair que sa capacité de gain était sévèrement réduite, voire nulle, tant sur le plan physique que psychologique. Une nouvelle évaluation multidisciplinaire était nécessaire. Le patient était actuellement hospitalisé en particulier pour suspicion de pathologie tumorale maligne.

d) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 6 juin 2016, renvoyant à son médecin traitant quant au type d'atteintes.

Dans un rapport médical à l'OAI du 29 juillet 2016, le Dr V._____ a précisé que l'état général de son patient s'était détérioré, avec en particulier l'apparition d'une BPCO de sévérité moyenne liée au tabagisme avec un emphysème diffus. Il présentait une toux et une dyspnée à l'effort modéré, avec une amyotrophie généralisée. Il se plaignait de rachialgies dorso-lombaire liées à des troubles dégénératifs importants, en particulier en L2-L3 avec un rétrécissement canalaire sévère. Ces troubles orthopédiques empêchaient l'activité que l'assuré devait entretenir pour son artériopathie diffuse, avec une limitation

progressive du périmètre de marche à une dizaine de mètres. Parallèlement, son état dépressif s'était aggravé. Le Dr V. _____ confirmait en conséquence que l'assuré était dans l'incapacité d'avoir un travail.

Le Dr V. _____ a transmis à l'OAI divers rapports médicaux du CHUV, dont un rapport du 7 mars 2016 de la Dresse M. _____ et du Dr Y. _____, de la Consultation d'angiologie, qui renaient les diagnostics principaux d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et d'artériopathie précérébrale.

Il ressortait d'un scanner thoraco-abdominal supérieur effectué à la Clinique F. _____ le 1^{er} juillet 2016, que les deux plages pulmonaires étaient propres sans infiltrat ni lésion nodulaire. Il existait des lésions emphysémateuses diffuses bilatérales et un épaississement des parois bronchiques de la pyramide basale gauche avec troubles ventilatoires associés en aval. Il n'y avait pas de masse ou de lésion suspecte. Au niveau abdominal, la petite lésion sous-capsulaire du segment IV n'était pas visible en phase veineuse et correspondait par conséquent vraisemblablement à un petit hémangiome visualisé sur le précédent examen. Le reste de l'examen était sans particularité.

La Dresse H. _____, spécialiste en chirurgie, du SMR, s'est prononcée sur les documents médicaux produits par avis médical du 13 décembre 2016, dont la conclusion est la suivante :

« Le dernier rapport médical qui nous a été fourni ne nous amène pas de faits nouveaux de nature à modifier les termes de la décision OAI de novembre 2014.

En effet la BPCO de sévérité moyenne était déjà connue en 2014 (voir emphysème pulmonaire, BPCO stade IIa, Rapport médical du Dr [...], chef de [...] du 31.10.2013 [...]), des douleurs rachidiennes basses avaient été déjà mentionnées ainsi que l'artériopathie des membres inférieurs de stade II limitant le périmètre de marche ; l'état dépressif avait été, lui-aussi, déjà cité (Rapport médical du Dr C. _____, médecin assistant de la Clinique Q. _____ du CHUV, du 03.03.2014).

Pour ces raisons nous ne retrouvons pas d'éléments nouveaux nous permettant d'admettre une modification notable et durable de l'état

de santé de l'assurée responsable d'une aggravation objective du cadre clinique et, par conséquent, d'une IT [incapacité de travail] depuis la dernière décision OAI.

Nous ne retenons donc pas d'indication à entrer en matière pour cette deuxième demande ; d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI. »

e) Le 15 décembre 2016, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière, considérant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

En l'absence d'objections de l'assuré, l'OAI a rendu, le 13 février 2017, une décision identique à son projet.

B. L._____ a recouru contre la décision précitée le 14 mars 2017, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, sollicitant également l'avis d'un médecin neutre.

Par réponse du 21 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 14 avril 2017, l'assuré a confirmé ses conclusions.

Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

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).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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 devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 6 juin 2016. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que son invalidité au sens de l'art. 8 LPGA s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écartier 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ;

TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 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 références ; 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_487/2013 du 21 octobre 2013 consid. 2.1 ; 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 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 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). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 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).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1

LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

c) Le moment déterminant pour produire les moyens de preuves pertinent est celui du dépôt de la nouvelle demande ; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_635/2015 du 16 octobre 2015 consid. 2.1). Dans le cadre de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus de prestation (ATF 130 V 66 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3).

5. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 6 juin 2016. Il convient donc de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du mois de juin 2016, 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 13 février 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 6 juin 2016.

Le recourant fonde sa nouvelle demande sur le rapport du Dr V._____ du 29 juillet 2016. Ce dernier y a mentionné une BPCO de sévérité moyenne, laquelle avait déjà été prise en compte par le Dr X._____ dans son rapport du 3 juin 2014. Il en va de même des troubles orthopédiques. Le Dr V._____ fait état d'atteintes limitant progressivement le périmètre de marche du recourant à une dizaine de mètres. Le rapport des Drs M._____ et Y._____ mentionne en revanche un périmètre de marche de 400 mètres à un 1 km à plat. Le Dr X._____ avait en tous les cas déjà retenu que le recourant devait exercer une activité principalement sédentaire. Le Dr V._____ évoque également une péjoration de l'état dépressif, sans toutefois indiquer ni

suivi thérapeutique ni description de l'état clinique. Son rapport, de même que ceux du CHUV, fait ainsi mention d'atteintes à la santé déjà connues lorsque la première décision a été rendue, atteintes qu'il avait pour partie d'ailleurs lui-même déjà mentionnées dans son rapport du 28 novembre 2014. Il ne rend par ailleurs pas plausible leur aggravation dès lors qu'il ne fait qu'en mentionner la présence, sans la moindre précision.

En définitive, vu ce qui précède, il y a lieu de déduire que le recourant, dont les atteintes ne sont en soi pas niées, n'a toutefois pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par l'assuré et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux. Dans ce contexte, un complément d'instruction par le tribunal, notamment l'examen par un médecin « neutre », n'entre pas davantage en considération.

6. a) Compte tenu de l'ensemble des considérants ci-dessus, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce cependant, au vu des circonstances du cas, il sera exceptionnellement renoncé à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- L. _____,
- 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 :