

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brailard, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

K._____, [...], recourant,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 1 let. b et c LAI et 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, réside en Suisse depuis 1995. Dès 2002, il a été principalement actif dans le milieu du bâtiment. En 2013, une maladie coronarienne bi-tronculaire avec occlusion de l'artère interventriculaire antérieure (artère coronaire) a été diagnostiquée chez l'assuré. Le 3 octobre 2013, ce dernier a subi un double pontage aorto-coronarien.

En date du 13 mars 2014, K._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé).

Dans une expertise médicale du 13 mai 2014, établie à la demande de l'assureur perte de gain de l'assuré, transmise le 27 janvier 2015 à l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une cardiopathie ischémique avec maladie coronarienne bi-tronculaire ainsi qu'un status après double pontage aorto-coronarien. Une hypertension artérielle, un diabète de type II, une obésité, une dyslipidémie, une tendinopathie des releveurs de l'épaule droite et une suspicion de syndrome des apnées obstructives du sommeil ont en outre été mentionnés comme diagnostics dénués d'effet sur la capacité de travail. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré (un port de charge limité à 10 kilos, une limitation des efforts les bras tendus en hauteur et un environnement professionnel devant être exempté d'utilisation d'engins vibrants, d'exposition aux températures extrêmes ainsi qu'aux nuisances chimiques), le spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans une activité adaptée dès le 25 février 2014.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a ordonné une expertise psychiatrique, confiée au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 22 février 2017, l'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail.

Pour le Dr V._____, la capacité de travail de l'assuré était entière du point de vue psychiatrique.

Par décision du 23 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, le degré d'invalidité étant de 12%.

B. Le 14 février 2018, K._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un courrier daté du 7 février 2018 établi par le Dr G._____, spécialiste en cardiologie. Adressant l'assuré à la Dresse F._____, spécialiste en anesthésie, afin d'investiguer de nouvelles possibilités thérapeutiques, le spécialiste mentionnait les éléments suivants :

« Sa situation coronarienne est mauvaise mais, bien que je n'ai pas mis en évidence d'ischémie par des moyens non invasifs, et que tout a été tenté en ce qui concerne une revascularisation, le patient se plaint toujours de douleurs thoraciques à l'effort, résistantes aux différents traitements médicamenteux que j'ai tenté d'introduire.

La situation est compliquée par une demande AI qui a déjà été refusée et pour laquelle Monsieur K._____ fait à nouveau une demande.

Je ne sais très objectivement plus quoi faire avec ses douleurs thoraciques qui pourraient être d'origine cardiaque, mais pour lesquelles je n'ai plus aucun moyen à disposition ».

Dans un projet de décision du 3 avril 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande déposée, l'office n'ayant pas constaté de modifications notables de la situation de l'intéressé.

Le 10 avril 2018, l'assuré s'est opposé au projet précité. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport médical du 15 mars 2018 établi par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant les éléments suivants :

« Sur le plan psychique, il présente une symptomatologie dépressive latente, qui apparaît à la moindre contrainte ou pression, elle se caractérise alors par une thymie triste, une humeur dépressive et, sous stress, par un trouble l'attention et de la concentration. Des troubles mnésiques sont évoqués. Il reçoit

comme médication psychotrope, un antidépresseur et une anxiolyse.

Les affections physiques qu'il présente ont un retentissement négatif sur sa thymie et son humeur. Mr. K._____ ne se sent pas reconnu dans sa maladie, ce qui péjore son sentiment d'iniquité et exacerbe sa symptomatologie dépressive.

Ce contexte de maladies psychique et physique entrave sa capacité de travail et même à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne.

La symptomatologie clinique ne semble pas s'être améliorée, l'évolution est donc restée stationnaire depuis le début de sa prise en charge ».

L'assuré a également produit un courrier daté du 13 mars 2018 émanant du Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie au sein de l' [...]. Ce spécialiste a proposé une stimulation médullaire afin de diminuer les douleurs thoraciques de l'assuré et relevé un potentiel d'activité physique extrêmement réduit, au vu de la pathologie de l'assuré.

Par décision du 11 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré.

C. Par acte de recours du 9 juillet 2018 initialement adressé à l'OAI, K._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Il estimait que sa situation avait changé depuis le 23 mai 2017 et rappelait que son opération cardiaque l'avait passablement marqué psychologiquement et physiquement. Son potentiel physique étant actuellement extrêmement réduit, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise cardiologique afin d'évaluer sa capacité de travail.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin

1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Selon l'art. 82 LPA-VD, 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). Dans un tel cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (cf. art. 82 al. 2 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le refus de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 14 février 2018.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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

et 109 V 108 consid. 2a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré, l'administration jouit 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).

Le juge doit 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). 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).

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), avec pour corollaire en l'espèce que la requête d'expertise judiciaire ne peut qu'être rejetée.

c) 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).

4. a) En l'espèce, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 14 février 2018. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si par le biais des rapports médicaux produits à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant 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 11 juin 2018 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 23 mai 2017.

b) L'OAI a retenu que l'assuré n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 23 mai 2017. Il s'est fondé sur un avis du 26 mars 2018 du Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Il ressort de cet avis que les investigations du Dr G._____ ne prouvaient pas d'atteinte ischémique ou organique, que les douleurs thoraciques étaient déjà présentes lors de la première instruction et que le Dr X._____ ne rendait ni plausible, ni convaincante une modification de l'état de santé psychique depuis la précédente expertise en la matière.

c) En l'occurrence, le courrier du Dr G._____ du 7 février 2018 n'est révélateur ni d'une nouvelle atteinte, ni d'une péjoration de l'atteinte cardiaque existante. Ce sont toujours les douleurs qui dominent le tableau clinique, lesquelles ont déjà été rapportées et discutées lors de l'instruction de la première demande. Dans sa décision du 23 mai 2017, l'OAI a tenu compte des différentes limitations fonctionnelles de l'assuré (activité physique légère sans port de charges de plus de 5 kilos, pas de sollicitations répétitive et en force des membres supérieurs) en lien avec sa situation cardiaque. Le rapport du Dr G._____ évoque certes des

douleurs thoraciques à l'effort chez l'assuré, résistant aux différents traitements médicamenteux. Cependant, ces douleurs ne paraissent ni être allées en s'aggravant, ni incompatibles avec l'activité légère précédemment retenue comme adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Quant à la proposition émise par le Dr J. _____ de l' [...], soit une nouvelle modalité de traitement, elle ne saurait être interprétée comme significative d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, l'évocation par ce médecin d'un potentiel d'activités extrêmement réduit ne contredit pas le constat initial d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

b) Sur le plan psychique, le rapport du Dr X. _____ évoque une situation stationnaire depuis le début de la prise en charge en novembre 2013, donc, par définition, inchangée.

c) Au vu de ce qui précède, tant sur le plan physique que psychique, l'assuré n'a pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

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

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; 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 11 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'K._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- K._____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :