

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bonard et Mme Pelletier, assesseurs,
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. **a)** D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 4 mars 2013, au motif que, depuis le mois d'août 2011, il souffrait d'une double hernie discale liée à un problème de croissance, survenue à la suite de son service militaire.

Dans ce cadre, l'assuré a produit un certificat médical établi le 21 février 2013 par le Dr H. _____, rhumatologue au sein de la Clinique M. _____, selon lequel l'intéressé présentait une capacité de travail totale et durable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

- Eviction des positions debout prolongées, en porte à faux du dos, éviction des flexions et torsions répétées du rachis ;
- Eviction des mouvements répétés en élévation du bras ;
- Pas de port de charge de plus de 10 kg et moindre si les efforts sont répétitifs ;
- Pas de travail posté, ni à la chaîne ;
- Eviction des positions assises statiques.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr H. _____ a, dans un rapport du 25 avril 2013, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgie et sciatalgie gauche récurrentes dans le contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec une petite hernie discale médiane et paramédiane L4-L5 et une hernie discale médiane et paramédiane gauche L5-S1. Il a par ailleurs réitéré les limitations fonctionnelles susmentionnées, expliquant qu'une activité adaptée à celles-ci était possible à raison de 4 heures 15 par jour, à un taux de 50 %. Pour le surplus, ce médecin a notamment relevé que :

« Les lombalgies sont accentuées selon un mode positionnel, la position assise est supportée de manière variable environ 30

minutes, puis un changement postural est nécessaire. La position debout immobile est aussi supportée 30 minutes. Les mouvements et les efforts sollicitant le dos surtout en antéflexion et en charge accentuent les lombalgies. L'irradiation des douleurs dans les membres inférieurs est variable mais récurrente notamment dans la jambe gauche et par intermittence dans la fesse et la cuisse droite. »

Le 25 septembre 2013, le Dr H. _____ a répondu à une nouvelle interpellation de l'OAI de la manière suivante :

« **1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?**

L'évolution de l'état de santé est stationnaire dans le sens de la persistance de lombalgies basses, surtout de localisation paralombo sacrée gauche et associés à des symptômes paresthésiques des membres inférieurs bilatéraux, plus marqués du côté gauche.

Il faut aussi mentionner la survenue d'épisodes d'accentuation des douleurs, de caractère mécanique, liés aux positions et aux efforts sollicitant le rachis, surtout en antéflexion et en charge.

2. Quel est l'état actuel ?

Persistance de douleurs du bas du dos avec une rectitude lombaire moyenne et basse des douleurs segmentaires prédominant en L4-L5-S1 médianes et paravertébrales gauches ; irradiation fessière bilatérale, plus marquée du côté gauche. Restriction de la mobilité lombosacrée dans toutes les amplitudes.

3. Est-ce que les limitations fonctionnelles sont toujours identiques à celles mentionnées dans votre attestation du 21 février 2013 ?

Les limitations fonctionnelles sont toujours identiques.

4. Si tel n'est pas le cas, quels sont les changements ?

Pas de changement.

5. Quelles est l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée ?

L'incapacité de travail demeure à un taux de 50 %, y compris dans une activité adaptée.

6. Est-ce que l'activité d'employé de commerce (apprentissage débuté et interrompu pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré) est compatible avec l'atteinte à la santé ?

L'activité d'employé de commerce n'est pas compatible avec l'atteinte à la santé, notamment en raison des restrictions positionnelles statiques assise et debout. »

Par la suite, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale orthopédique auprès du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 10 mars 2014, cet expert a posé les diagnostics de maladie discale dégénérative L4-L5 avec hernie discale sans compression radiculaire mais avec empreinte durale. Selon lui, l'activité exercée par l'assuré au moment de l'expertise, à savoir celle de laveur de voiture à domicile à raison de 21 heures hebdomadaires, n'était pas exigible. La capacité de travail demeurait en revanche pleine dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes (classe 2) :

« CLASSE DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES POUR LES PATHOLOGIES LOMBOSACREES

Classe 0 : Aucune restriction

Classe 1 : Restrictions légères

Eviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

- Soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg
- Travailler en position accroupie
- Ramper, grimper
- Effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire
- Subir de vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoquées par du matériel roulant sans suspension par exemple)

Classe 2 : Restrictions modérées

En plus des restrictions de la classe 1, éviter les activités qui impliquent de :

- Soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg
- Effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude
- Monter fréquemment plusieurs escaliers
- Marcher en terrain accidenté ou glissant ».

Dans un avis du 25 mars 2014, le Dr F._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, mais pleine dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

mentionnées dans l'expertise précitée, ce depuis le mois de décembre 2011.

Par décision du 11 juin 2014, confirmant un projet du 24 avril 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que l'activité d'employé de commerce pour laquelle l'assuré avait débuté - mais non achevé - une formation était compatible avec les limitations en question.

b) Le 15 janvier 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il souffrait d'une double discopathie non détectée en phase de croissance.

Le 17 janvier 2018, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité, notamment par la production d'un rapport médical détaillé.

Il ressort du rapport du 23 février 2015 établi par le Dr S._____, médecin praticien, que l'assuré a subi une intervention chirurgicale le 6 novembre 2014 consistant en une hémilaminectomie L4 et L5 à gauche pour une cure de hernie discale L4 et L5, médiane et paramédiane gauche, ainsi que L5 et S1, paramédiane gauche. A la suite de cette opération, le status neurologique de l'assuré était dans la norme et celui-ci présentait une évolution favorable.

Le 9 octobre 2017, le Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie, a noté une persistance d'un tableau clinique crampiformes et lombalgies chroniques et a préconisé un suivi auprès d'une école du dos.

Dans un rapport du 30 janvier 2018, le Dr S._____ a expliqué que les douleurs avaient persisté malgré l'intervention chirurgicale et les séances de physiothérapie intensive auprès d'une école du dos. L'état de santé de l'intéressé nécessitait un poste de travail exempt de

soulèvement et de transport de charges supérieures à 4,5 kg. L'assuré ne pouvait également pas monter des escaliers, sauf épisodiquement, ni monter sur une échelle ou un échafaudage, se pencher de manière répétée, effectuer des mouvements de rotation de la colonne vertébrale ou encore effectuer tout autre effort mettant en jeu la colonne vertébrale. Enfin, le temps de travail devait être inférieur ou égal à 50 % (à réévaluer suivant la place de travail) et ce sans modification depuis le 1^{er} mai 2015.

Dans un avis du 14 mars 2018, la Dresse V._____ du SMR a retenu que, suite à l'opération de la hernie discale, celle-ci avait été levée avec un status neurologique dans la norme. Dès lors, il n'existait aucune modification justifiant une diminution de la capacité de travail, étant précisé que les limitations fonctionnelles listées par le Dr S._____ correspondaient à celles retenues par le Dr K._____. Par conséquent, une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'était pas documentée.

Par projet de décision du 27 mars 2018, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de refuser sa demande de prestations au motif qu'il ne présentait pas d'aggravation de son état de santé justifiant une diminution de sa capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette dernière était toujours de 100 %. Par décision du 17 mai 2018, l'OAI a confirmé son projet précité dont il a repris la motivation.

B. Par acte du 3 août 2018, D._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Sur le plan formel, le recourant a expliqué qu'il s'était présenté dans les locaux de l'OAI le 26 juillet 2018 et avait, à cette occasion, pris connaissance de la décision du 17 mai 2018, qu'il n'avait jusque-là pas reçue. Sur le fond, il a indiqué que l'expertise médicale de B._____ et les conclusions du Dr Q._____ contredisaient la décision de l'OAI.

Par réponse du 8 octobre 2018, l'OAI ne s'est pas opposé à la recevabilité du recours et a indiqué que la décision du 17 mai 2018 avait

été envoyée au recourant par courrier B, mais que cet envoi avait été retourné avec la mention « le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée ». Sur le fond, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a expliqué qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant ne ressortait du rapport du Dr S._____ du 30 janvier 2018, étant précisé que la décision du 17 mai 2018 devait être considérée comme une décision de refus d'entrer en matière.

Répliquant le 10 octobre 2018, le recourant a invoqué et produit deux rapports médicaux, soit un premier établi le 7 décembre 2012 par le Dr A._____, et un second établi le 16 avril 2018 par le Dr P._____, agissant sur mandat de B._____.

Le 1^{er} novembre 2018, l'OAI a confirmé sa position et ajouté que les documents médicaux produits en annexe de la réplique ne pouvaient être pris en considération dans le cadre du présent litige.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 130 V 71).

b) En l'occurrence, les déclarations du recourant quant à la date de prise de connaissance de la décision litigieuse sont vraisemblables, étant précisé que l'OAI ne conteste pas ces explications.

Dans ces conditions, le recours doit être considéré comme déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Dans la mesure où il respecte également les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 15 janvier 2018, respectivement sur la question de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision du 11 juin 2014.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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 rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

5. En l'espèce, quand bien même l'intitulé de la décision du 17 mai 2018 ne le mentionne pas expressément, l'intimé a, par cette décision, refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée le 15 janvier 2018 par le recourant. Ce qui précède se trouve corroboré par le contenu du courrier du 17 janvier 2018, par lequel l'intimé a invité l'assuré à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si

l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force.

a) En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par le recourant a été rejetée par décision du 11 avril 2014 au motif qu'il était en mesure d'effectuer à 100 % une activité adaptée et que l'activité d'employé de commerce pour laquelle il avait débuté une formation était compatible avec les limitations fonctionnelles auxquelles il était confronté. Ce faisant, l'intimé s'était fondé sur l'expertise orthopédique du 10 mars 2014 qui concluait à une maladie discale dégénérative L4-L5 avec hernie discale sans compression radiculaire mais avec empreinte dure qui ne permettait pas au recourant d'exercer son activité habituelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert avait notamment relevé que le recourant devait éviter toute activité impliquant le port de charge de plus de 5 à 15 kg, de monter fréquemment plusieurs escaliers, ou encore d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande, le recourant a en particulier produit un rapport du Dr S. _____ daté du 30 janvier 2018. On relève tout d'abord que ce rapport ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé du recourant. Les termes employés, notamment celui de "persistance" - également utilisé par le Dr Q. _____ - révèlent au contraire un état de santé stationnaire et des douleurs qui n'évoluent pas, ni dans un sens, ni dans l'autre, malgré les traitements entrepris. Par ailleurs, il est constaté que les limitations fonctionnelles listées dans ce rapport reprennent celles déjà retenues par le Dr K. _____ dans son expertise du 10 mars 2014. Quant aux plaintes du recourant, notamment en lien avec les postures fixes prolongées, elles se confondent avec celles relevées par le Dr H. _____ dans son rapport du 21 février 2013, plaintes dont le Dr K. _____ avait pleine connaissance lors de l'établissement de son rapport.

Quant au taux de 50 % mentionné par le Dr S._____, celui-ci se retrouve également dans les conclusions du Dr H._____, dans ses rapports des 25 avril 2013 et 25 septembre 2013 et était ainsi connu du Dr K._____ et *a fortiori* de l'OAI lorsque ceux-ci se sont déterminés sur la capacité de travail du recourant. Par conséquent, les éléments mentionnés dans le rapport du 30 janvier 2018 ne sont pas nouveaux et ont déjà été pris en considération.

Comme l'a soulevé le SMR, le rapport du Dr S._____ du 30 janvier 2018 ne permet pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. Selon ce seul document médical, les diagnostics et les limitations fonctionnelles présentés par le recourant n'ont pas évolué depuis la dernière décision de l'OAI.

c) Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a encore produits deux rapports médicaux, soit un rapport du Dr A._____ du 7 décembre 2012, ainsi qu'un rapport du Dr P._____ du 16 avril 2018. Toutefois, ces documents ne peuvent être pris en considération dans le présent litige, puisque la Cour de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'OAI a statué. Il demeure néanmoins loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de révision et de se prévaloir de ces rapports dans ce cadre.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'intéressé le 15 janvier 2018.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 17 mai 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 de D._____.
- 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 :

- D._____ ;
- 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 :