

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Silva et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A.U. _____, 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) A.U._____ (ci-après : [...], l'assuré ou le recourant), né en 1972, d'origine [...], était agent de sécurité lorsqu'il a subi une chute dans le cadre de son travail en mars 2009. Il a souffert depuis lors d'une hernie discale.

Le 28 août 2009, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), laquelle a été rejetée par décision du 29 septembre 2010 au motif qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité dès février 2010, soit avant l'échéance du délai de carence d'une année.

A.U._____ a déposé une nouvelle demande le 14 août 2012, invoquant des lombalgies récidivantes. Il était alors magasinier cariste chez [...]. Il s'agissait d'une demande de recyclage professionnel dans une activité sans charges.

L'assuré a été opéré de sa hernie discale en mai 2013.

Selon avis du 29 juillet 2013, le Dr S._____, du Service médical régional AI (SMR), a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible mais qu'en revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale.

Par projet du 10 juin 2014 confirmé par décision du 25 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré ne subissait aucun préjudice économique. Il a précisé que des mesures d'ordre professionnel n'étaient possibles que si le préjudice économique était d'au moins 20%.

Le 28 février 2016, A.U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant les mêmes atteintes à la santé que lors de sa précédente demande.

Dans un avis du 5 juillet 2016, la Dre Q._____, du SMR, a considéré que les rapports médicaux produits n'étaient pas suffisants pour attester de l'aggravation de l'atteinte initiale ou d'une nouvelle atteinte. Elle a en particulier relevé qu'une simple ordonnance pour des séances de psychothérapie ne justifiait pas une atteinte psychiatrique.

Par projet du 8 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, à défaut d'aggravation.

L'assuré s'est opposé à ce projet.

Dans un rapport du 13 septembre 2016, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, psychologue, ont écrit que A.U._____ avait été suivi à leur cabinet entre septembre 2014 et mars 2015 puis dès avril 2016. Ils ont pu observer une symptomatologie anxieuse et dépressive et ont également relevé des traits de personnalité immature et narcissique.

Par décision du 28 novembre 2016, confirmant le projet du 8 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Dans un rapport du 4 décembre 2018, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F.61), de probables troubles obsessionnels compulsifs et d'état dépressif léger à moyen (F32.0). Elle a précisé avoir vu l'assuré à trois reprises.

Dans un rapport daté du même jour, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué suivre A.U._____ depuis septembre 2017. Elle a posé le diagnostic de douleur neuropathique chronicisée (deux territoires sciatalgiques) droite sévère dans un contexte de canal lombaire étroit sur lipomatose périurale postérieure. En outre, il s'avérait que l'assuré avait développé un état dépressif majeur avec symptomatologie anxieuse. Dans son ancienne

activité d'agent de sécurité, la capacité de travail était nulle. En revanche, dans une activité adaptée, alternant position assise, debout et déplacements ainsi que limitant les ports de charges et les positions extrêmes, il était concevable que l'assuré dispose d'une capacité de travail de l'ordre de 50% (40% avec diminution de rendement de 10% pour tenir compte des pauses ou des moments de fléchissement liés à la douleur).

b) Le 6 décembre 2018, A.U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport du 7 février 2019, le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était totale pour autant que les douleurs soient contrôlées.

L'assuré a été opéré le 11 février 2019 à l'unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier F._____ ([...]). Il s'agissait d'une prise en charge chirurgicale de sciatalgies droites récidivantes et réfractaires aux traitements conservateurs.

A.U._____ a séjourné à la Clinique L._____ ([...]) du 3 au 30 juillet 2019. Dans son rapport du 12 août 2019, la Clinique L._____ a écrit que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Elle a également mentionné que des facteurs contextuels tels qu'une kinésiophobie modérée et un catastrophisme élevé chez un patient avec une certaine anxiété, pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Par ailleurs, l'assuré présentait une perception d'un handicap fonctionnel modéré.

Une expertise a été confiée à Centre d'expertises N._____ ([...]) sur avis du SMR du 24 février 2020. Aux termes de leur rapport du 16 novembre 2020, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, n'ont retenu aucun diagnostic du registre psychiatrique et le diagnostic de

lombo-sciatalgies chroniques droites sur le plan rhumatologique. La capacité de travail retenue dans une activité adaptée était de 100%.

Dans un avis du 19 novembre 2020, le Dr K._____, du SMR, a estimé qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de Centre d'expertises N._____.

Par projet du 20 novembre 2020, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations.

Dans une lettre du 30 novembre 2020, la Dre W._____ a indiqué que depuis cinq semaines, une médication antalgique très satisfaisante avait été instaurée. Elle précisait que l'assuré était motivé à reprendre une activité compatible avec ses limitations et qu'elle pensait que c'était possible.

A.U._____ s'est opposé au projet précité.

Par décision du 25 février 2021, confirmant le projet du 20 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours et elle est entrée en force.

Dans un rapport du 31 mai 2021, la Dre T._____ a posé les diagnostics de schizophrénie paranoïde, associée à des troubles obsessionnels (F20.0) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4). Elle a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis 2018.

Un rapport du 31 mai 2021 du Centre de chirurgie spinale du Centre hospitalier F._____ a fait état d'une nette amélioration des douleurs deux ans après l'intervention du 11 février 2019 effectuée en raison de sciatalgies droites récidivantes.

c) Le 9 juin 2021, A.U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant des troubles psychiques.

Dans un avis du 10 août 2021, le Dr K._____, du SMR, a conclu que les rapports médicaux des 31 mai 2021 et 2 juin 2021 (recte 31 mai 2021) n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

Par décision du 30 septembre 2021, confirmant un projet du 11 août 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 9 octobre 2021, A.U._____, sous la plume de son épouse B.U._____, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Il fait en substance valoir que ses véritables troubles de santé n'ont jamais été évalués, respectivement niés par les experts de Centre d'expertises N._____.

Par réponse du 6 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le recourant a répliqué le 24 décembre 2021, estimant que son courrier du 17 décembre 2020 en réponse à l'expertise, en particulier quant au volet psychiatrique, était complet et exhaustif.

Par duplique du 20 janvier 2022, l'intimé a confirmé sa position, tendant au rejet du recours.

Le 9 juin 2022, le recourant a produit un rapport d'expertise psychiatrique du Centre hospitalier F._____ du 31 mai 2022, ordonné par la justice de paix, ainsi que la carte de visite du Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique auprès du Centre de chirurgie spinale du Centre hospitalier F._____.

Par courriers des 23 juin et 4 juillet 2022, l'intimé a produit deux rapports, datés des 13 avril et 22 juin 2022, du Dr V._____.

Le 11 juillet 2022, le recourant s'est déterminé sur les pièces produites.

Le 25 novembre 2022, A.U. _____ a produit une décision du 9 novembre 2022 de la Justice de paix du district de [...], relative à la clôture d'une enquête en institution d'une curatelle en sa faveur.

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).

b) En l'occurrence, 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 9 juin 2022 par le recourant, au motif que la situation de celui-ci ne s'était pas notablement modifiée depuis la décision du 25 février 2021.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO

2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 30 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

5. a) En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la cinquième demande de prestations AI déposée par le recourant le 9 juin 2021, soit moins de quatre mois après la décision de refus de l'intimé du 25 février 2021. Il y a donc lieu d'examiner si les nouvelles pièces déposées par le recourant, à savoir le rapport de la Dre T. _____ du 31 mai 2021 et le rapport du Centre de chirurgie spinale du Centre hospitalier F. _____, daté du même jour - établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus du 25 février 2021.

b) Sur le plan somatique, force est d'admettre que le recourant n'a allégué aucune aggravation. Quant au rapport du Centre de chirurgie spinale du Centre hospitalier F. _____ du 31 mai 2021, il résume une consultation deux ans après la dernière intervention du 11 février 2019 qui consistait en une prise en charge chirurgicale de sciatalgies droites récidivantes, mais ne fait pas état de nouveaux diagnostics ou de diagnostics qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'instruction ayant abouti à la décision du 25 février 2021. Il est mentionné au contraire une nette amélioration par rapport à l'année précédente et une situation qui reste tout à fait stable.

c) Sur le plan psychique, les experts de Centre d'expertises N. _____ n'avaient retenu aucune pathologie psychiatrique caractérisée. En particulier, les diagnostics d'état dépressif léger à moyen, de troubles de la personnalité ainsi que de probables troubles obsessionnels compulsifs posés en 2018 par la Dre T. _____ ne se retrouvaient pas lors de l'expertise de 2020 sur laquelle a été fondée la décision de l'intimé du 25 février 2021. Le recourant s'appuie essentiellement sur le rapport du

31 mai 2021 de la Dre T._____ pour faire valoir une aggravation de son état de santé du point de vue psychique. Or à la lecture de ce rapport, il n'apparaît pas que l'état de santé du recourant se soit aggravé. Certes, la Dre T._____ pose les diagnostics de schizophrénie paranoïde, associée à des troubles obsessionnels (F20.0) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) qui n'avaient pas été posés en tant que tels jusqu'ici. Toutefois, la Dre T._____ précise que le traitement de Xeplion à raison d'une injection par mois a été bénéfique pour le recourant et a permis de réduire l'intensité de sa tension interne, de ses obsessions, de sa peur d'être contaminé dans la rue ou dans les transports en commun et de ses idées de concernement. Il a ainsi pu être plus « accessible », a été en mesure de reprendre les transports en commun et de s'inscrire au [...]. En d'autres termes, la pathologie retenue par la Dre T._____ est compensée par le traitement antipsychotique. Force est également de constater qu'en 2018, la Dre Loayza retenait déjà des traits de la lignée psychotique mais n'avait pas posé de diagnostic formel en lien avec ces éléments. Il apparaît ainsi que le diagnostic nouvellement posé correspond à une appréciation différente d'une même situation, sans que l'on puisse parler d'une aggravation. Quant au syndrome douloureux somatoforme, ce diagnostic n'est nullement motivé par la Dre T._____. Il n'y a, par conséquent, pas de raison de s'écarter de l'avis du SMR du 10 août 2021 qui retient l'absence d'éléments médicaux nouveaux permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

A cela s'ajoute que, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. écriture du 24 décembre 2021), la décision querellée du 30 septembre 2021 ne repose pas sur le rapport d'expertise de Centre d'expertises N._____ s'agissant précisément d'un refus d'entrer en matière. Si le recourant a contesté l'expertise de Centre d'expertises N._____ par courrier du 17 décembre 2020 auquel il se réfère dans son écriture du 24 décembre 2021, il n'a pas recouru contre la décision de l'intimé du 25 février 2021 qui se fondait précisément sur cette expertise et qui est entrée en force. Il ne peut donc le faire dans la présente procédure qui fait suite à la décision de refus d'entrer en matière de

l'intimé du 25 février 2021. Dans son écriture du 24 décembre 2021, le recourant évoque que son comportement et son « état d'âme » sont devenus plus équilibrés grâce au traitement par Xeplion. Dans ces conditions, on ne saurait retenir qu'il a rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, ce d'autant qu'il avait déjà bénéficié d'un traitement psychotrope (Sertraline) par le passé (cf. rapport de la Dre Loayza du 4 décembre 2018), si bien que le fait qu'il prenne à nouveau un traitement de ce type ne permet pas de déduire une aggravation de son état de santé sur le plan psychique.

d) Les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure de recours (rapport d'expertise psychiatrique du Centre hospitalier F. _____ du 31 mai 2022 et rapports du Dr V. _____ des 13 avril et 22 juin 2022) ne peuvent de surplus pas être pris en compte, dans la mesure où le juge est tenu de se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 4c) et ce, en dépit des principes d'économie de procédure et de célérité. Il convient cependant de rappeler qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

e) Par conséquent, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé du recourant entre les mois de février et septembre 2021, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 9 juin 2021.

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

b) 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 des frais de justice (art. 69

al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A.U._____.
- 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 :

- A.U. _____,
- 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 :