

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2024

Composition : M. PARRONE, président
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissant portugais, C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père d'un enfant né en [...]. Vivant en Suisse depuis le mois de décembre [...], il a travaillé comme chauffeur poids lourds d'août 1999 à décembre 2016 auprès de la société S._____ SA au [...].

En arrêt de travail depuis le 21 avril 2016 en raison de fortes douleurs avec une sensation de paralysie et de perte de sensibilité totale dans sa jambe gauche, l'assuré a déposé le 21 octobre 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Au terme de l'instruction médicale du dossier (rapport du 10 décembre 2016 du Dr B._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin traitant, avec parmi ses annexes un rapport du 24 août 2016 du Dr P._____, spécialiste en neurochirurgie ; rapport du 15 décembre 2016 du Dr W._____, spécialiste en rhumatologie) ainsi que de l'octroi d'une mesure d'intervention précoce externalisée du 19 décembre 2016 au 5 mai 2017 en lien avec un stage d'aide concierge à plein temps auprès de la Fondation [...] (document intitulé « IP - Rapport Centre du 7 avril 2017 »), et après avoir pris connaissance le 2 juin 2017 du dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré ([...] Assurance Maladie SA), suivant l'avis d'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle (document intitulé « IP - Proposition de DDP » du 2 octobre 2017), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 13 novembre 2017, refusé tout droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assuré, motif pris qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 21 avril 2017, la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100 % et qu'il n'y avait aucun préjudice économique à retenir. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement (cf. communication du 3 octobre 2017).

Cette décision n'a pas été contestée.

Selon un document intitulé « PLA - Rapport final » du 27 novembre 2017, l'assuré avait confirmé à l'OAI vouloir continuer à travailler dans son activité habituelle et affirmait se sentir très bien. Il avait signé un premier contrat de travail de durée déterminée comme chauffeur-livreur poids lourds chez le même employeur, du 1^{er} juillet au 30 septembre 2017, puis un contrat de durée indéterminée pour un engagement à plein temps dès le 1^{er} octobre 2017. Dans ce contexte, le mandat d'aide au placement a été clos.

B. Bénéficiaire des prestations de l'assurance-chômage depuis le mois de janvier 2022, C._____ a déposé le 29 novembre 2022 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de lombalgie chronique et sciatique gauche, existant depuis le 21 avril 2016, et qui l'empêchaient d'exercer toute activité depuis le 27 mai 2022, avec une reprise de travail au taux de 20 % envisageable dès le 15 août 2022 (cf. les annexes au formulaire officiel de demande de prestations AI).

A sa demande, l'OAI s'est vu remettre les pièces médicales suivantes :

- un rapport de consultation du 8 septembre 2021 du Dr A._____, spécialiste en cardiologie, adressé au Dr B._____. Posant les diagnostics d'absence d'ischémie myocardique à une scintigraphie en février 2021, de fonction systolique ventriculaire gauche discrètement diminuée (FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] : 45-50%), deux ans post infarctus STEMI [infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST] antérieur, nécessitant l'implantation d'un stent sur l'IVA [interventriculaire antérieure] moyenne et de petite insuffisance mitrale, avec des facteurs de risque cardiovasculaire (dyslipidémie, hypertension artérielle, excès pondéral et anamnèse familiale positive pour coronaropathie), ce médecin a fait les constats et proposé le traitement suivants au terme de son examen médical de contrôle :

"[...] Le patient se présente pour un bref examen intermédiaire. Il conserve une bonne capacité fonctionnelle.

Le contrôle lipidique sera prévu fin de l'année dans votre consultation.

Les valeurs LDL [cholestérol] cible inférieures à 1,4 mmol/l sont souhaitables.

J'ai par ailleurs renouvelé l'ordonnance pour préparation hypolipémiante combinée.

Les valeurs tensionnelles restent stables sous bithérapie.

Tension artérielle à gauche : 136/78, tension artérielle à droite : 124/52.

L'examen clinique est rassurant avec l'auscultation cardiorespiratoire dans les limites de la norme et absence de signe d'insuffisance cardiaque.

Je reverrai le patient fin janvier 2022 pour consultation habituelle.

Traitement :

Pour l'instant, le traitement reste le suivant :

Aspirine Cardio : 100 mg, Atozet : 10/40 mg, Beloc Zok : 50 mg, Lisitril : 10 mg. [...]";

- un rapport de consultation du 13 octobre 2022 du Dr P. _____ établi à l'intention du Dr X. _____, généraliste, et dont on extrait ce qui suit :

"[...] Histoire clinique :

L'histoire de l'affection vous est connue, le patient a été opéré par mes soins le 23 septembre 2016 d'une cure d'hernie discale extraforaminale L2-L3 gauche dans le cadre d'une radiculopathie hyperalgique et déficitaire responsable d'une parésie du muscle ilio-psoas gauche. L'évolution de cette intervention chirurgicale fut favorable avec une amélioration nette de la radiculopathie. Il revient à notre attention suite à l'apparition d'une symptomatologie douloureuse de type radiculaire plutôt L5 bilatérale. Il présente aussi d'importantes lombalgies qui limitent fortement son activité privée et la reprise de son activité professionnelle. Je signale que le patient avait pu reprendre son activité professionnelle le 9 janvier 2017 mais, en raison de l'importance des lombalgies, il est en arrêt de travail depuis le mois de juin 2020. Il s'est inscrit au chômage et une reprise du travail seulement à 20 % a été évaluée dans ce sens.

Imagerie :

L'examen IRM lombaire qui a été effectué le 12 juillet 2022 met en évidence des discopathies pluri-étagées qui sont prédominantes au niveau L4-L5 et L5-S1. On retrouve une sténose foraminale et une hypertrophie des massifs articulaires avec prise de contraste

significative, en particulier au niveau des articulaires L3-L4 et L5-S1. Ceci explique le caractère irritatif et la symptomatologie douloureuse lombosciatalgique.

Conclusion et proposition :

Du point de vue thérapeutique, nous pourrions prendre en considération une intervention chirurgicale de stabilisation et fusion sur plusieurs niveaux. Cette procédure aura malheureusement peu de probabilité d'améliorer la situation professionnelle du patient. Ayant 61 ans, une reconversion professionnelle me semble très difficile. Dans cette optique, il est légitime de recourir à une demande de prise en charge auprès de l'assurance[-]invalidité. J'ai aidé le patient à remplir le formulaire. Au niveau de l'activité professionnelle, la situation clinique ne permet pas le port de charges > 10 kg, ni une position assise ou orthostatique prolongée de plus de 30 minutes. [...]”;

- un rapport du 1^{er} février 2023 du Dr W._____ attestant de la persistance de lombosciatalgies gauches, sans indication chirurgicale au vu du Dr P._____, et de la poursuite de la physiothérapie et du traitement par antalgiques de palier 2 dans ce « cas particulièrement complexe et chronophage avec consultation du dossier, du patient et des nombreux spécialistes qui [étaient] également intervenus »;

- un rapport du 5 février 2023 du Dr B._____ mentionnant la réalisation récente d'un bilan de santé dont les résultats étaient rassurants en regard des antécédents cardio-vasculaires de l'assuré. Le médecin traitant indiquait par ailleurs une récente consultation de l'intéressé auprès du Dr P._____ qui l'avait opéré par le passé et dont le Dr B._____ suivait les recommandations. Le médecin traitant renvoyait également l'OAI auprès du Dr W._____ pour obtenir davantage d'informations sur les motifs des échecs de tentatives de reprises du travail passées.

Aux termes d'un compte-rendu de la permanence SMR du 6 février 2023, le Dr L._____ a observé qu'il n'y avait pas de modification des limitations fonctionnelles de l'assuré depuis la dernière décision, que l'activité de chauffeur-livreur n'était pas adaptée et qu'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle était retenue dans la précédente décision si bien qu'il n'y avait aucun motif médical justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par projet puis par décision du 20 mars 2023, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 13 novembre 2017.

C. Par acte du 20 avril 2023, C._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 20 mars 2023, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. En substance, il reprochait à l'OAI de ne pas être entré en matière en se fondant sur le seul compte-rendu de la permanence SMR du 6 février 2023 qui n'était pas motivé ni rédigé par un médecin. Il opposait les compétences de ses médecins traitants à celles du Dr L._____ du SMR, qui ne disposerait d'aucune autorisation de pratiquer en Suisse et ne serait pas suffisamment qualifié, estimant que l'office intimé aurait donc dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Dans sa réponse du 6 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Selon lui, le recourant n'avait pas fait état d'éléments médicaux rendant plausible une aggravation ou une modification de l'état de santé justifiant changement des limitations fonctionnelles retenues en 2017. S'agissant du SMR, les critiques formulées par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

Dans sa réplique du 28 juin 2023, persistant dans ses précédentes conclusions, le recourant a exposé qu'à l'appui de sa nouvelle demande de prestations il avait rendu plausible une aggravation de son état de santé ayant une incidence sur ses droits si bien que l'office intimé devait entrer en matière. Il a fait valoir en ce sens qu'il avait présenté une nouvelle incapacité de travail depuis le mois de juin 2020, que l'IRM du 12 juillet 2022 avait mis en évidence diverses atteintes à la santé somatique

pour lesquelles le Dr P._____ avait évoqué une nouvelle intervention chirurgicale, et que des difficultés cardiaques étaient apparues.

Dans sa duplique du 18 juillet 2023, l'OAI a maintenu sa position.

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 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 en l'espèce sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 29 novembre 2022 par le recourant, au motif que la situation de celui-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 13 novembre 2017.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 20 mars 2023, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 29 novembre 2022. La Cour doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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). 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). 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 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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, si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

5. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 29 novembre 2022 par le recourant. Il s'agit donc pour la Cour d'examiner si les rapports médicaux produits à cette occasion 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 13 novembre 2017 de l'intimé, laquelle constitue la dernière décision entrée en force.

Le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé et s'appuie sur le rapport du Dr P. _____ du 13 octobre 2022 qui mentionne une IRM du 12 juillet 2022 et un rapport du Dr A. _____ du 8 septembre 2021.

b) En l'occurrence, lors de la décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité du 13 novembre 2017, le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis le 21 avril 2016 dans son activité habituelle de chauffeur-livreur auprès de l'entreprise S. _____ SA, mais une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Une aide au placement a été accordée à l'assuré (cf. communication du 3 octobre 2017). Toutefois, le recourant a choisi de reprendre son activité habituelle chez S. _____ SA et a signé d'abord un contrat de durée déterminée du 1^{er} juillet au 30 septembre 2017 puis un contrat de durée indéterminée à plein temps dès le 1^{er} octobre 2017. Un terme a été mis à l'aide au placement (cf. rapport final du 27 novembre 2017).

c) A l'appui de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 29 novembre 2022 à la suite d'une incapacité de travail dès le 27 mai 2022 en raison d'une lombalgie chronique et sciatique gauche existant depuis le 21 avril 2016, le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé intervenue depuis le précédent refus de prestations datant de cinq ans auparavant. En effet de nouvelles douleurs lombaires sont apparues et des problèmes cardiaques ont été diagnostiqués qui n'existaient pas lorsque la décision du 13 novembre 2017 a été rendue. Ces nouveaux éléments sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant, et partant sur ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité.

Ainsi, le rapport du 13 octobre 2022 du Dr P. _____, qui est un spécialiste en neurochirurgie, fait part de « l'apparition d'une symptomatologie douloureuse de type radiculaire plutôt bilatérale ». Il relève aussi d'importantes lombalgies limitant fortement l'activité privée et la reprise de l'activité professionnelle par l'assuré. Ce rapport se base sur les résultats d'un examen IRM effectué le 12 juillet 2022 mettant en évidence des discopathies pluri-étagées prédominantes au niveau L4-L5 et L5-S1, une sténose foraminale et une hypertrophie des massifs articulaires avec prise de contraste significative, en particulier au niveau des articulaires L3-L4 et L5-S1. Selon le Dr P. _____ ces éléments expliquent

le caractère irritatif et la symptomatologie douloureuse lombosciatalgique. Du point de vue thérapeutique, une intervention chirurgicale de stabilisation et fusion sur plusieurs niveaux est suggérée. En l'état des choses, la situation clinique contre-indique, sur le plan professionnel, le port de charges supérieures à dix kilos ainsi que le maintien d'une position assise ou orthostatique prolongée de plus de trente minutes. Cela étant, le Dr P._____ reconnaît des limitations fonctionnelles découlant des nouvelles douleurs de type radiculaire et importantes lombalgies dont souffre le recourant.

En ce qui concerne ensuite l'état de santé du recourant sur le registre cardiaque, le rapport de consultation du 8 septembre 2021 du Dr A._____ fait état de diagnostics d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de fonction systolique ventriculaire gauche discrètement diminuée, de petite insuffisance mitrale et d'absence d'ischémie myocardique à une scintigraphie en février 2021. Ce cardiologue ne se prononce ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant en lien avec les diagnostics posés. Toutefois en précisant que l'assuré « conserve une bonne capacité fonctionnelle », le Dr A._____ sous-entend qu'il existe des restrictions résultant des problèmes cardiaques se répercutant sur la capacité de travail de son patient. Son rapport suffit donc également à rendre plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits du recourant depuis le mois de novembre 2017.

6. Au final, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausibles une modification de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 13 novembre 2017. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 novembre 2022. En conséquence, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), qu'il mette en œuvre les mesures d'instruction idoines en vue d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations du 29 novembre 2022, puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :