

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2025

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Hempel-Bruder, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

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. **a)** Ressortissant portugais, V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) vit en Suisse depuis sa naissance en [...], au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C. Sans formation, il a accompli plusieurs stages professionnels entre 2009 et 2015 dans le domaine de la mécanique automobile, mais sans obtenir une place d'apprentissage.

Bénéficiaire du Revenu d'insertion (RI), il était suivi depuis le mois de juin 2013 par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison d'un trouble schizotypique (F21) et d'une dysthymie (F34.1) remontant à l'adolescence, avec une tendance à l'abus d'alcool (cf. rapport du 31 mars 2015).

b) L'assuré a déposé le 28 janvier 2015 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Au terme de l'instruction du dossier (comportant deux expertises médicales), après avoir pris connaissance du point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) et octroyé diverses mesures d'orientation professionnelle en parallèle, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 27 janvier 2021, refusé tout droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité en faveur de l'assuré, motif pris d'un degré d'invalidité de 8,9 %. Ce dernier avait renoncé à bénéficier d'un soutien proposé par l'assurance-invalidité (cf. note d'entretien du 25 août 2020 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI).

Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 14 juin 2024, V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un syndrome de l'intestin irritable existant depuis l'âge de douze ans, accentué depuis ses 20 ans et insupportable à compter de 2016 (cf. annexes au formulaire officiel de

demande de prestations AI dont un rapport du 10 juin 2024 de la Dre E._____, médecin praticien suivant l'assuré depuis le 5 février 2024).

Dans un compte-rendu de la permanence SMR du 4 juillet 2024, la Dre R._____ a observé qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant, ni d'atteinte organique selon un examen datant de 2020, et donc aucun motif médical justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par projet de décision du 4 juillet 2024, 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 notable depuis la précédente décision du 27 janvier 2021.

A l'appui de ses objections du 19 août 2024 sur ce préavis négatif, faisant, en substance, valoir que son cas remplissait les conditions pour une révision procédurale, l'assuré a produit les pièces suivantes :

- un rapport final du 6 juin 2024 de la Fondation I._____ relatif à un programme de coaching et d'accompagnement aux recherches et offres d'emploi mis en œuvre depuis le 10 janvier 2024, mesure à laquelle il avait été mis fin compte tenu de l'état de santé non stabilisé de l'assuré ;

- des rapports des 15 juillet et 22 août 2024 de la Dre E._____. Posant les diagnostics de syndrome des intestins irritables avec diarrhées (K58), de scoliose idiopathique infantile (M41) et d'épisode dépressif léger (F32.0), la médecin traitante estimait la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à vingt kilos et pas de maintien des positions [assises ou debout] de façon prolongée et une grande fatigabilité). Sur le plan thérapeutique, l'assuré bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique et prenait un antidépresseur (Trittico® [1/3 cp 100mg]) tous les soirs ;

- un rapport du 19 septembre 2024 du Dr K._____, assisté de la psychologue Y._____, en charge de l'assuré depuis le 5 septembre 2023 au sein de T._____, site de [...], à une fréquence hebdomadaire, avec prescription et suivi médicamenteux. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble panique (F41.0) et de trouble de stress post traumatique complexe (selon la CIM-11 [Classification Internationale des Maladies Onzième Révision]), le psychiatre traitant a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 - 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« Difficultés relationnelles : le patient peine à côtoyer du monde, de manière générale, est très sensible aux tensions et conflits interpersonnels et peut se montrer agressif. Difficultés dans la gestion des émotions : la colère principalement peut être difficile à gérer pour le patient dans un contexte de tensions et de stress. Apragmatisme : lors de baisses d'humeur. Difficultés liées aux tâches administratives : son épouse gère tous ces aspects à domicile. Difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne : tensions dans les activités où il côtoie du monde [faire les courses par exemple], manque d'énergie. Difficultés dans les déplacements : crises d'angoisse dans les transports publics rendant l'utilisation de ceux-ci difficile. Traitement par Tramal® [prescrit par un médecin généraliste] selon les douleurs, qui peut empêcher la conduite automobile. Difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne : trouble du sommeil, difficultés d'endormissement, cauchemars. Difficultés d'organisation du temps : peine à organiser son temps, arrive la plupart du temps juste à l'heure). On extrait en particulier le passage suivant de ce rapport médical :

“1. Evolution et modification de l'état de santé depuis notre suivi, symptômes actuels :

Avant sa prise en charge à T._____, le patient bénéficiait d'un suivi de longue date auprès d'un psychiatre (Dr O._____, [...]), qui s'est arrêté en lien avec le départ à la retraite de ce dernier. Le patient consulte pour un trouble dépressif chronique (humeur basse, tristesse, difficultés de se projeter dans l'avenir, idées noires, repli social, anhédonie et apragmatisme, manque de motivation, perte d'énergie, trouble du sommeil, irritabilité) ainsi qu'un trouble anxieux se manifestant sous forme d'attaques de panique. Il consulte également pour des difficultés liées à une enfance malheureuse, décrite sous forme de traumatismes. Ceux-ci sont d'autant plus réactivé[s] par la parentalité récente du patient, qui a

un fils d'un an. Depuis peu, nous avons investigué les symptômes liés au traumatisme qui tendent vers un trouble de stress post-traumatique complexe. En parallèle de la symptomatologie psychique, un syndrome du côlon irritable vient exacerber les troubles psychiques, impactant par ailleurs sa capacité de travail et de réinsertion.

2. Indications subjectives de la personne assurée :

Les plaintes douloureuses abdominales sont au premier plan et impactent fortement le psychisme du patient. Au niveau de l'humeur déjà, puisque les douleurs sont chroniques, que le patient n'a pas de prise dessus, ne peut pas les anticiper et ne peut donc pas faire de projets dans le court ou le plus long terme, puisqu'il ne sait jamais s'il sera en mesure de les assumer. Se rendre aux séances de psychothérapie est parfois pénible pour cette raison et c'est son épouse qui doit l'y conduire. Au niveau anxieux, si le patient doit sortir de chez soi avec des douleurs abdominales, une crise d'angoisse survient la plupart du temps. Les aspects traumatiques sont aussi très présents avec des ruminations constantes durant la journée."

Au terme d'un compte-rendu de la permanence SMR du 24 octobre 2024, la Dre R. _____ a observé que les derniers renseignements médicaux récoltés au dossier ne modifiaient pas ses conclusions précédentes. Elle était ainsi d'avis que le syndrome des intestins irritables et la scoliose n'étaient pas des atteintes invalidantes, rappelant que des limitations fonctionnelles avaient été retenues dans un rapport SMR du 21 février 2019, à savoir « pas d'activité avec beaucoup d'efforts physiques, port de charge occasionnel de plus de 20 kg, répétitif de plus de 15 kg, activités nécessitant des rotations du tronc et penché en avant, pas de déplacements répétitifs sur les terrains accidentés ». Sur le plan psychique, les indications du médecin traitant et l'absence d'arrêt de travail établi par la psychologue consultée ne modifiaient pas les restrictions fonctionnelles retenues, à savoir des difficultés relationnelles, des difficultés à gérer le stress et les changements imprévisibles, une angoisse et des idées de persécution, qui restaient valables, à l'instar de la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée.

Par décision du 31 octobre 2024, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 4 juillet 2024. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'assuré.

C. Par acte du 25 novembre 2024, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 31 octobre 2024, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il instruisse sa nouvelle demande de prestations. Il a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il reprochait à l'OAI de ne pas être entré en matière en se fondant sur le compte-rendu de la permanence SMR du 24 octobre 2024, auquel il opposait les rapports de ses médecins traitants, qui rendaient plausible une péjoration de son état de santé (physique et psychique) depuis le mois de janvier 2021. Il a produit notamment deux certificats des 15 et 18 novembre 2024 de ses médecins traitants attestant une capacité de travail de 50 %.

Par décision du 26 novembre 2024, V._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 novembre 2024. Il est exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires. Il est également exempté de s'acquitter de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 17 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Selon lui, les rapports médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations n'apportent aucun élément nouveau objectif rendant plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

Dans sa réplique du 22 janvier 2025, persistant dans ses précédentes conclusions, le recourant a exposé son parcours de vie et produit un rapport du 9 janvier 2025 de la Dre E._____ et un certificat du 10 janvier 2025 ainsi qu'un rapport du 19 janvier 2025 du Dr K._____.

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 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 14 juin 2024 par le recourant, au motif que la situation de celui-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 27 janvier 2021.

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 31 octobre 2024, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 14 juin

2024. 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 14 juin 2024 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 rendue le 27 janvier 2021 par l'intimé, laquelle constitue la dernière décision entrée en force.

Le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé, s'appuyant sur les rapports de ses médecins traitants.

b) En l'occurrence, lors de la décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité du 27 janvier 2021, si le recourant n'était pas en mesure d'accomplir une formation qualifiante de type CFC ou AFP, il présentait toutefois une capacité de travail théorique de 100 % dans toute activité professionnelle simple non qualifiée et adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intéressé avait renoncé à une aide au placement, s'estimant inapte à travailler.

c) Au terme de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 14 juin 2024, l'OAI convient de nouvelles atteintes à la santé du recourant, mais les estime non « péjorantes ».

Outre une scoliose, un syndrome des intestins irritables, avec des plaintes abdominales douloureuses au premier plan et impactant fortement le psychisme, a été diagnostiqué par la médecin traitante (Dre E._____) dans ses rapports des 10 juin, 15 juillet et 22 août 2024. Une

telle situation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant, et partant sur ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité.

En ce qui concerne l'état de santé du recourant sur le registre psychique, le rapport du 19 septembre 2024 du Dr K. _____ fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble panique (F41.0) et de trouble de stress post traumatique complexe. Le psychiatre traitant estime que l'état de santé psychique défaillant a péjoré 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.

La conclusion du SMR tendant à considérer que les nouvelles atteintes à la santé de l'assuré ne péjorent pas sa situation est ainsi prématurée, au stade de l'examen des conditions pour entrer en matière. En effet, en se fondant sur les attestations de ses médecins traitants (Drs E. _____ et K. _____) déposées en procédure administrative, l'assuré a rendu clairement vraisemblable que son état de santé s'était péjoré, tant sur le plan somatique (colon irritable) que psychique (consultation psychothérapeutique accrue et médication psychotrope), ce que le rapport du 6 juin 2024 de la Fondation I. _____ tendait à confirmer.

6. Au final, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausible une modification de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 27 janvier 2021. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, si bien qu'il se justifiait d'entrer en matière, afin d'éprouver les conclusions des médecins traitants, le refus de reprendre l'instruction s'avérant infondé autant qu'arbitrairement motivé. A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement de renvoyer l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 14 juin 2024. 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 terme de capacité de travail.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations du 14 juin 2024 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. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 31 octobre 2024 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- V. _____,
- 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 :