

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI ; 82 LPA-VD.

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 juillet 2013.

Dans un rapport du 26 août 2013, la Dre H._____, psychiatre traitante de l'assuré, a retenu le diagnostic de réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation. Après avoir présenté une incapacité de travail totale dès le 18 mars 2013, le patient avait recouvré une pleine capacité de travail dès ce jour.

Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles et à une rente.

b) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 12 juin 2014.

Dans un rapport du 28 avril 2015, la Dre H._____ a retenu le diagnostic de trouble schizotypique. L'état du patient se péjorait. La psychose sous-jacente aux troubles était décompensée en raison de la perte des étayages (emploi, épouse) qui, jusque-là, lui permettaient encore une adaptation sociale à peu près correcte. Il présentait désormais des troubles de la lignée schizophrénique. Une reprise du travail était exclue.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée à la Dre O._____, psychiatre. Dans un rapport du 29 août 2017, la Dre O._____ a posé comme diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, celui de syndrome de dépendance, utilisation continue de cannabis. Le diagnostic de réaction à un facteur de stress important, troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, n'avait quant à lui plus aucun effet sur ladite capacité. Par ailleurs, les

troubles schizotypiques, de même que l'émergence de troubles psychiatriques de type schizophrénie, évoqués par la psychiatre traitante, ne pouvaient pas être retenus au vu de l'usage soutenu de substances psychoactives, antérieur à l'apparition de ces symptômes. L'abstinence et le sevrage étaient exigibles, avec la récupération d'une pleine capacité de travail à trois mois du sevrage.

Dans un rapport du 20 septembre 2017, le Dr P._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'incapacité de travail actuelle était le fait de la consommation de cannabis, laquelle relevait de la volonté de l'assuré, sans atteinte de comorbidité psychiatrique. La capacité de travail serait entière à partir de trois mois de sevrage, qui était exigible.

Par décision du 27 novembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a expliqué que l'incapacité de gain était due avant tout à la toxico-dépendance de l'assuré, lequel ne présentait donc pas d'invalidité au sens de la loi.

Le 27 juin 2018, la Dre H._____ a demandé à l'OAI de lui faire parvenir le dossier complet de l'intéressé. Elle a joint une procuration signée par ce dernier, autorisant l'OAI à transmettre son dossier, ainsi que toute information le concernant, à sa psychiatre traitante.

Le 28 août 2019, la Dre H._____ a prié l'OAI de « reconsidérer le dossier » de l'assuré et d'« ouvrir » une nouvelle demande. Le patient souffrait d'une schizophrénie déficitaire. Les médecins du [...] du N._____ estimaient eux aussi que l'on ne pouvait pas attribuer l'entier des troubles à la seule consommation de cannabis. En annexe, la Dre H._____ a joint un rapport établi le 19 juin 2019 par les Dres J._____, psychiatre, et B._____, médecin au N._____, retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, de trouble schizotypique, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation nocive pour la santé. Elles relevaient que l'épisode dépressif était présent depuis

plusieurs mois, sans évolution favorable. Les altérations thymiques observées dépassaient celles qui pouvaient être attendues dans le contexte d'une consommation de cannabis ou d'un syndrome amotivationnel. La capacité de travail était nulle. L'expertise psychiatrique sous-estimait la chronicité des difficultés de l'assuré, présentes dès l'enfance, avant même qu'il fasse usage de drogues. Il semblait indiqué de déposer une nouvelle demande de prestations afin que ces éléments soient réévalués.

Le 6 septembre 2019, l'OAI a invité l'assuré à déposer une demande de prestations.

c) L'intéressé s'est exécuté le 18 octobre 2019, en invoquant des problèmes psychologiques.

Par décision du 13 février 2020, confirmant un projet du 20 décembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande. Il a expliqué que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 27 novembre 2017.

B. Par acte du 16 mars 2020, W._____, désormais représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 18 octobre 2019. Subsidiairement, il a conclu à ce que l'OAI soit « condamné » à instruire la demande de révision procédurale / reconsidération déposée à l'encontre de la décision du 27 novembre 2017. Il a fait valoir, en se fondant sur les rapports des 19 juin et 28 août 2019 précités, que son état de santé s'était indubitablement aggravé depuis cette décision.

Par décision du 25 mars 2020, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 mars 2020, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 19 mai 2020, l'OAI a conclu à l'admission du recours, dans le sens qu'il entre en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré. Il s'est référé à un avis du 12 mai 2020 de la Dre T._____, médecin au SMR, joint en annexe, retenant qu'il y avait lieu de poursuivre l'instruction. Elle soulignait en particulier que la situation clinique semblait s'être aggravée en lien avec l'état dépressif. Par ailleurs, elle proposait notamment d'obtenir de la Dre J._____ une analyse critique de l'expertise réalisée en 2017.

Le 3 juillet 2020, Procap a déposé la liste de ses opérations.

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.

c) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît 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 (al. 2).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le requérant conclut principalement à l'annulation de la décision du 13 février 2020 et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 18 octobre 2019, subsidiairement, à ce que l'OAI soit « condamné » à instruire la demande de révision procédurale / reconsidération déposée à l'encontre de la décision du 27 novembre 2017.

La seconde conclusion, qualifiée erronément de subsidiaire, sort du cadre du litige. En effet, la décision du 13 février 2020 ne porte pas sur une demande de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision du 27 novembre 2017, pour autant que l'écriture du 28 août 2019 du médecin traitant du requérant puisse être assimilée à une telle demande. Cette conclusion est donc irrecevable.

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'écartier 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).

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 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la

présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 18 octobre 2019. Il convient donc d'examiner si l'intéressé a rendu plausible, devant l'OAI, que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision du 27 novembre 2017. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit aux prestations avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves.

Par cette décision, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en considérant qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. L'OAI s'est fondé sur l'expertise psychiatrique du 29 août 2017, posant comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance, utilisation continue de cannabis. Elle estimait qu'un sevrage était exigible, avec une récupération d'une pleine capacité de travail dans les mois suivants.

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant s'est notamment prévalu du rapport du 19 juin 2019 des Dres J._____ et B._____. Celles-ci retenaient en particulier un épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, présent depuis plusieurs mois. Elles ajoutaient que les altérations thymiques dépassaient celles qui pouvaient être attendues dans le contexte d'une consommation de cannabis ou d'un syndrome amotivationnel. Elles estimaient que l'incapacité de travail était totale. Ces différents éléments rendent à tout le moins plausible une modification de la thymie de l'assuré, ce qu'admet le SMR par avis du 12 mai 2020. Dans ces circonstances, il appartenait à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 18 octobre 2019, ce qu'il concède lui-même au stade de la réponse.

6. a) En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 18 octobre 2019 par le recourant, instruisse la cause et rende une décision sur le droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-invalidité.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 200 fr. et portés à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD). Ils sont mis à la charge de l'intimé.

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

prononce :

- I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 13 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse et rende une décision sur le droit de W._____ aux prestations de l'assurance-invalidité.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux 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 W._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour W._____)
- 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 :