

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Berthoud et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Philippe Graf du Service juridique d'Intégration handicap à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA; 87 RAI; 82 LPA-VD

Considérant en fait et en droit :

Que K._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait comme chauffeur-livreur,

qu'il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 octobre 2001, en raison d'une luxation récidivante de l'épaule gauche, pour laquelle il avait subi une arthroscopie de l'épaule et une stabilisation selon Bankart en 1999,

que dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), du 13 novembre 2001, le Dr H._____ a posé les diagnostics de luxation récidivante de l'épaule gauche, scapulalgie gauche à la suite d'efforts faits au travail et gonalgies gauches,

qu'il a attesté une incapacité de travail totale dans la profession habituelle, en précisant qu'une activité adaptée ne comporterait pas le port de lourdes charges et ne nécessiterait pas trop d'efforts physiques,

que l'assuré a été opéré d'une ostéotomie complexe du tibia gauche le 7 avril 2003, par le Prof. J._____, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV),

que dans un rapport du 25 avril 2003, ce médecin, ainsi que le Dr X._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de "genou valgus recurvatum d'origine osseuse du genou gauche", ainsi que de syndrome malformatif de dyschondrostéose (syndrome de Leri-Weill), status post stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart en 1999 et status post cure de luxation récidivante des deux rotules à l'âge de 13 ans,

qu'ils ont prescrit un arrêt de travail à 100% dès le 7 avril 2003, avec reprise à 50% le 20 mai 2003, à réévaluer par la suite,

que dans un rapport du 24 novembre 2003 à l'OAI, le Prof. J._____ a indiqué que l'assuré ne pouvait pas marcher plus d'une heure, porter des charges lourdes répétitives de plus de 10 kg, courir ni sauter,

que pour autant que ces limitations soient respectées, l'activité de chauffeur-livreur était exigible à 100% depuis le 19 novembre 2003,

que dans un rapport du 8 novembre 2005 à l'OAI, la Dresse A._____, rhumatologue, a repris, pour l'essentiel, les diagnostics mentionnés ci-avant, en précisant qu'en raison des atteintes articulaires multiples, avec des luxations récidivantes des épaules, des douleurs rachidiennes, des douleurs des genoux, des chevilles et des pieds, l'assuré était incapable de fournir des efforts physiques,

que la Dresse A._____ a toutefois précisé que l'assuré pouvait exercer une activité physique légère, en position assise, et conduire un véhicule,

que l'activité antérieure n'était plus exigible, mais qu'une autre activité lucrative, sans port de charges et en position assise, pouvait être exercée, avec une probable diminution de rendement,

que l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire par le Centre d'expertise médicale (CIP), à Genève,

que dans un rapport du 31 août 2006, les médecins de ce centre ont posé les diagnostics de trouble anxio-dépressif de type moyen, status après luxation récidivante de l'épaule gauche et stabilisation de l'épaule gauche chirurgicale selon Bankart en 1999, hyperlaxité du genou droit, avec genou valgus et récurvatum instable, douleurs séquellaires du genou gauche (après ostéotomie de varisation du tibia gauche et

ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia en avril 2003), ainsi que dyschondrostéose (syndrome de Leri Weill),

qu'ils ont attesté l'exigibilité d'une activité lucrative dans une activité sans port de charges de plus de 10-15 kg ni activités contraignantes pour les épaules, soit un travail de manutention légère en position assise ou de chauffeur privé,

que dans une telle activité, la capacité de travail serait entière, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 à 30%,

que par décision du 27 août 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait un taux d'invalidité de 10%, inférieur au seuil requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité,

que par arrêt du 24 août 2009 (CASSO AI 377/07 - 253/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours de l'assuré contre cette décision et lui a alloué une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 août 2007, puis le droit à des mesures de reclassement professionnel,

que le Tribunal cantonal avait ordonné préalablement une expertise judiciaire pluridisciplinaire,

que dans un rapport d'expertise du 6 mars 2009, les Drs C._____, rhumatologue, T._____, chirurgien orthopédique, et E._____, psychiatre, avaient, pour l'essentiel, confirmé les diagnostics déjà posés par leurs confrères, et attesté une pleine capacité de travail dans une activité n'impliquant pas de travail en-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs ni le port de charges supérieures à 10 kg, et n'imposant pas de déplacement de plus de 15 à 20 minutes, en terrain plat uniquement,

que le Tribunal cantonal a considéré qu'eu égard aux rapports des Drs C._____, T._____ et E._____, mais également de la baisse de rendement attestée par les médecins du CIP et la Dresse A._____, il

convenait de prendre en considération une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations décrites par les Drs C._____, T._____, et E._____, avec une baisse de rendement de 20%, dès le mois de mai 2007 au plus tard,

qu'au regard de cette capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, le taux d'invalidité présenté par le recourant était de 19,21% et n'ouvrait plus droit à une rente pour la période postérieure au 31 août 2007,

que ni l'assuré, ni l'OAI, n'ont recouru contre l'arrêt du 24 août 2009 du Tribunal cantonal,

qu'à la suite de cet arrêt, l'assuré a été convoqué pour un entretien d'orientation professionnelle, auquel il s'est présenté en produisant un certificat d'incapacité de travail à 100%, depuis 2001, établi le 12 janvier 2010 par la Dresse A._____,

qu'il ne s'estimait pas apte à suivre des mesures professionnelles et souhaitait attendre de voir l'évolution de son genou gauche,

que par décision du 19 mai 2010, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles en raison, notamment, du fait qu'il ne s'estimait lui-même pas apte à suivre une telle mesure,

que cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours de l'assuré,

que le 30 novembre 2011, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestation en alléguant une péjoration de son état de santé,

qu'il a notamment produit un rapport du 26 septembre 2011 de la Dresse G._____ reprenant, pour l'essentiel, les diagnostics déjà posés précédemment par ses confrères et attestant une incapacité de

travail de 50% dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles,

que dans une prise de position du 16 décembre 2011, le Dr M._____, médecin au Service médical régional (SMR) de l'AI, a exposé qu'une comparaison point par point du rapport du 26 septembre 2011 de la Dresse G._____ avec le rapport d'expertise judiciaire précédemment réalisé ne permettait pas de constater des éléments nouveaux ni une aggravation des atteintes à la santé depuis 2009,

que les limitations fonctionnelles restaient identiques, l'incapacité de travail de 50% attestée par la Dresse G._____ résultant simplement d'une appréciation différente d'une situation restée inchangée,

que le 18 janvier 2012, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation des atteintes à la santé de nature à modifier le droit aux prestations,

qu'à la suite d'une contestation de ce projet de décision par l'assuré, le Dr M._____ a maintenu son point de vue par avis du 16 mars 2012, en précisant que les minimes différences dans les constatations cliniques des différents médecins s'expliquaient mieux par la marge d'erreur des mesures effectuées par des examinateurs différents que par une réelle péjoration de l'état de santé de l'assuré,

que par décision du 20 mars 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation de l'assuré,

que K._____ a recouru devant le Tribunal cantonal contre cette décision, par acte du 7 mai 2012, en concluant, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2007, portant intérêt à 5% l'an dès ce jour,

que l'intimé a conclu au rejet du recours,

que par acte du 6 septembre 2012, le recourant a produit un rapport du 5 septembre 2012 de la Dresse A._____, dans lequel celle-ci atteste que l'assuré souffre d'un syndrome de Leri-Weill qui a tendance à s'aggraver avec le temps et que si "à l'heure actuelle, il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante au regard de l'assurance-invalidité et du Service médical régional", les problèmes articulaires s'aggravaient inmanquablement avec le temps et entraîneraient une diminution progressive des capacités fonctionnelles,

que de l'avis de la Dresse A._____, une réévaluation de l'état de santé de l'assuré et des répercussions des atteintes à la santé sur sa capacité de travail, devrait être effectuée, dans une procédure de révision,

qu'aux termes de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée,

que l'art. 87 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) prévoit toutefois que lorsqu'une demande de révision est déposée, il appartient à l'assuré de rendre plausible que l'invalidité s'est aggravée de manière à influencer ses droits,

qu'il en va de même lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande de prestation après un précédent refus de prestations (art. 87 al. 3 RAI),

que si l'OAI n'entre pas en matière sur la nouvelle demande de prestation, au motif que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son invalidité, le juge des assurances sociales saisi d'un recours contre

ce refus n'examine en principe que le point de savoir si les documents produits devant l'intimé rendaient suffisamment plausible l'aggravation alléguée (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5),

qu'en l'espèce, l'intimé a considéré à juste titre, au regard des pièces médicales dont il disposait, que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé de nature à modifier son droit aux prestations,

qu'en particulier, l'intimé a souligné de manière pertinente que les constatations de la Dresse G._____ se recoupaient très largement avec celles figurant déjà dans les rapports d'expertise sur lesquels s'était fondé le Tribunal cantonal dans son arrêt du 24 août 2009, au point que l'incapacité de travail de 50% attestée par la Dresse G._____ traduisait plus une nouvelle appréciation d'une situation restée inchangée qu'une véritable péjoration de l'état de santé de l'assuré,

que le recourant fonde essentiellement son argumentation sur un rapport de la Dresse A._____, qu'il n'a produit que le 6 septembre 2012,

que ce rapport ne peut en principe pas être pris en considération, puisque le tribunal doit statuer sur la base des pièces dont disposait déjà l'intimé au moment de la décision litigieuse,

que quoi qu'il en soit, ce rapport n'établit pas qu'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, de nature à modifier le droit aux prestations, serait survenue jusqu'au moment de la décision litigieuse,

qu'il indique tout au plus que l'on peut s'attendre à une telle péjoration à l'avenir,

que dans ces conditions, le recours est mal fondé et que la décision de refus d'entrer en matière du 20 mars 2012 doit être confirmée,

que la procédure est onéreuse et que le recourant supportera les frais de justice, vu le sort de ses conclusions (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]),

qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA),

que la procédure prévue par l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36) est applicable.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 mars 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.
- 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 :

- Me Philippe Graf (pour K. _____),
- 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 :