

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 octobre 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Thalmann, juges  
Greffier : M. Bohrer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, 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)** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1985, au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce, a déposé le 1<sup>er</sup> février 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour « crise[s] d'angoisse, dépression, maux de dos [et] de nuque ».

Dans son expertise rhumatologique du 15 mars 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne à [...], a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques aspécifiques, état anxio-dépressif anamnestique, léger excès pondéral et HTA traitée. Il a indiqué que du point de vue rhumatologique, on pouvait estimer que l'assuré avait une capacité de travail complète depuis le jour de l'expertise, dans la mesure où il n'y avait aucune limitation fonctionnelle qui puisse être retenue sur la base des constatations de l'examen ostéo-articulaire et neurologique. En outre, l'activité habituelle de l'assuré, en tant qu'employé de commerce, paraissait toute à fait adaptée du point de vue rhumatologique. Ce spécialiste a souligné enfin que l'anamnèse parlait en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes par rapport aux constatations objectives, par une description des symptômes peu précise, par des incohérences des symptômes, par l'absence de stratégie visant à atténuer les symptômes et enfin par une mise en échec des tentatives de traitement.

Dans son expertise psychiatrique du 8 mai 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au sein du Département [...], a retenu, sur la base de la CIM-10, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de trouble panique (F 41.10). Ce spécialiste a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale mais que la situation était susceptible d'amélioration car le traitement médical était insuffisant, en particulier en l'absence d'un suivi psychiatrique.

Dans son rapport médical du 17 août 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, à [...], médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée existant depuis 2011. Il a ajouté que l'incapacité de travail de son patient était totale du 2 octobre 2011 au 30 septembre 2012. Il a toutefois considéré que, d'un point de vue médical, l'activité exercée par son patient était encore exigible à 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 environ, si ce dernier montrait « de la volonté pour soigner son trouble psychologique ».

Dans le cadre de sa seconde expertise psychiatrique du 28 septembre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, en rémission (F 41.2), et de trouble panique, en rémission partielle (F 41.0). Ce spécialiste a souligné que la capacité de travail de l'assuré était totale à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012 dans une profession équivalente à la dernière profession exercée. Il a en outre constaté ce qui suit :

« Après une année d'arrêt maladie et à peine quelques semaines de prise en charge spécialisée, l'état de l'expertisé s'est nettement amélioré par rapport à celui constaté lors du précédent rapport de mai 2012. Les troubles dépressifs ne sont plus observables lors de l'expertise et l'expertisé n'a plus de plaintes dans ce domaine. Le trouble anxieux se limite à quelques crises paroxystiques dont la fréquence et l'intensité sont mal définies mais pour lequel un traitement adapté a été mis en place et à des épisodes de perturbation de sommeil. Le trouble anxio-dépressif mixte est donc en rémission et le trouble panique en rémission partielle. ».

Par décision du 2 juillet 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, pour la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 31 décembre 2012.

**b)** Le 21 novembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en faisant état de « forte[s] crise[s] d'angoisse suite à un burn-out, crise[s] d'angoisse empêchant de [s]e concentrer, malaise[s], empêchement de [s]e déplacer ».

Dans son rapport médical du 4 décembre 2014, le Dr J. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

« Faits objectifs et avis du médecin :

Le patient ne semble pas comprendre que sa pathologie ne soit pas reconnue comme un handicap invalidant. Depuis que Monsieur S. \_\_\_\_\_ a été licencié, il n'a pas fait de nouvelle recherche d'emploi, estimant qu'il était incapable de travailler. Il comptait sur l'obtention d'une rente A.I., ce qui a été refusé. Je lui ai dit plusieurs fois que ses « attaques de panique » nécessitaient une prise en charge spécialisée, et qu'il devait consulter un psychiatre. Il a vu à quelques reprises la Dresse D. \_\_\_\_\_ à [...]. Selon les déclarations du patient, la psychiatre aurait mis un terme au suivi, estimant qu'elle ne pouvait pas répondre à ses demandes. Par la suite, le patient n'a fait aucune démarche afin de trouver un nouveau psychothérapeute.

Sur le plan clinique, je dirais que Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente les diagnostics suivants : « anxiété généralisée » avec symptôme de « crise de panique ». Par rapport à son état antérieur, je ne constate aucune détérioration ou aggravation de son état psychologique. Son état est stabilisé en l'absence d'activité lucrative. Si on respecte certaines limitations fonctionnelles, son incapacité de travail (sous réserve d'un avis d'expert) est nulle, selon les critères médico-juridiques et assécurologiques. Le pronostic est bon pour autant que le patient suive un traitement spécialisé. Ajoutons que M. S. \_\_\_\_\_ n'a pas jugé utile de rechercher un nouveau psychiatre, malgré mes recommandations.

Après avoir questionnée le patient, je terminerais en disant que sa situation professionnelle et familiale est inchangée depuis 2 ans. Monsieur S. \_\_\_\_\_ a demandé une aide financière au CSR [...]. Son conseiller lui aurait proposé de faire une nouvelle demande A.I. ».

Dans un avis médical du 30 avril 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_, du Service médical régional Suisse romande, a écrit ce qui suit :

« Cette deuxième demande est appuyée par le RM du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2014, établi sur demande de l'assuré. Ce document atteste une situation médicale échangée. En conclusion, l'entrée en matière n'est pas justifiée. ».

Par décision du 5 mai 2015, confirmant un projet de décision du 28 janvier 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modifications vraisemblables des conditions de fait depuis la décision du 2 juillet 2013.

**B.** Par acte du 17 mai 2015, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour réexamen de son droit à des prestations de l'AI. Dans ce cadre, le recourant fait valoir pour l'essentiel qu'il continue à être victime de crises d'angoisse, qu'il souffre de dépression, qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement en 2010 dans la mesure où il ne peut plus travailler en raison de son état de santé et que l'OAI se base uniquement sur le rapport du médecin de l'assurance perte de gain qui ne l'a vu que 20 minutes en 2011.

Par réponse du 7 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a renoncé à répliquer.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA) devant l'autorité compétente, le recours est recevable de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 21 novembre 2014.

**3. a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impuissance ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Les exigences qui y sont posées doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2,

130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses

moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision du 2 juillet 2013, entrée en force, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Les critiques du recourant quant aux expertises des Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, sur lesquelles se base la décision de l'OAI du 2 juillet 2013, ne sont dès lors pas pertinentes dans le présent litige. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2014, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 2 juillet 2013.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 21 novembre 2014, le recourant a demandé à son médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, un rapport médical. Or, dans le cadre de son

rapport du 4 décembre 2014, ce praticien a souligné notamment que, par rapport à son état antérieur, il ne constatait aucune détérioration ou aggravation de l'état psychologique de son patient. En outre, il a souligné que si certaines limitations fonctionnelles étaient respectées, son incapacité de travail était nulle, le pronostic étant bon pour autant que son patient suive un traitement spécialisé, ce qu'il refusait de faire malgré ses recommandations.

A la lecture de ce rapport, on constatera que ce document, produit en procédure administrative, n'apporte aucun élément nouveau justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. On soulignera même qu'il retient un pronostic favorable pour autant que ce dernier accepte de suivre un traitement approprié.

**b)** Au regard de ce qui précède, le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision d'octroi de prestations limitées dans le temps du 2 juillet 2013, entrée en force. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 21 novembre 2014.

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 5 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de S.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- S.\_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :