

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Reinberg et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. J._____, (ci-après l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de [...], a notamment travaillé au sein de l'établissement médico-social (EMS) de [...] à [...] d'abord comme auxiliaire en EMS du 28 juin 2010 au 27 février 2011, puis comme aide-infirmier du 28 février au 30 juin 2011. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 15 juillet 2011 auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'asthme depuis trente-trois ans, de diabète depuis douze ans et de problèmes de genoux (« maladie du cartilage, il devient mou et part ») depuis sept ans.

Dans un rapport à l'OAI du 27 juillet 2011, le Dr A._____, médecin-traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'asthme, de gonalgies droites chroniques et de lombalgies chroniques depuis sept/huit ans ainsi que de diabète de type II et de dyslipidémie depuis dix ans, entraînant des baisses de tolérance à l'effort physique en raison des douleurs et de la dyspnée. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport à l'OAI du 30 juillet 2011, le Dr X._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de diabète de type II depuis l'an 2000.

Dans un avis médical du 7 mars 2012, le Dr F._____, médecin au Service médical régional (SMR) a estimé que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte invalidante au sens de l'AI. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré à 100 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (ports de charge de plus de dix kilos et travaux physiques lourds).

Par décision du 19 juin 2012 confirmant un projet de décision du 8 mai 2012, l'OAI a refusé la demande de prestations déposée par l'assuré. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

Par pli du 12 février 2016, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé depuis sa dernière demande. Il a expliqué être beaucoup plus essoufflé et devoir prendre des quantités plus importantes de médicaments contre l'asthme. Il a précisé que son diabète s'était décompensé à plusieurs reprises et a fait état d'aggravation de ses douleurs au genou droit et à l'épaule droite.

Il a joint à son courrier un rapport du 12 juin 2015 du Dr V._____, médecin praticien, lequel a posé les diagnostics suivants (sic) :

« - Syndrome rotulien des 2 côtés en cours de traitement l'empêchant tout port de charges lourdes et déplacement avec ses charges
- Asthme d'effort très évolutif qui l'empêche encore plus ces jours de forte concentration de pollen et chaleur de fournir tout effort soutenu
- Diabète de type I insulino dépendant créant grande fatigue et péjoration toute dernière avec corticoïdes qui ont montés en flèche la glycémie et doit renoncer à toute activité aggravante ».

A la requête de l'OAI, l'assuré a formellement déposé une seconde demande de prestations le 8 mars 2016, indiquant souffrir, depuis l'année 2000, d'asthme, de diabète ainsi que de problèmes articulaires au genou et à l'épaule.

Par projet de décision du 9 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'elle comptait ne pas entrer en matière sur la seconde demande de l'assuré, estimant que ce dernier n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé sur la base du seul rapport du Dr V._____, lequel confirmait que les activités d'aide-infirmier et de géomètre étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Par courrier du 16 juin 2016, l'assuré a fait part de son désaccord à l'encontre dudit projet de décision.

Par pli du 24 juin 2016 à l'OAI, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment expliqué que le recourant s'était présenté à deux reprises avec un épanchement très douloureux qui avait nécessité une ponction du genou, épanchements qui étaient dus à une chondrocalcinose. Il a également relaté les plaintes du patient, lequel se plaignait de douleurs dans les jambes, beaucoup plus fréquentes dans la cheville gauche que dans la droite, avec des signes de neuropathie diabétique ainsi qu'un début de maladie de Charcot fluctuante. Selon ce médecin, la survenue du problème au genou constituait un facteur d'aggravation. Enfin, il a relevé que la radiographie avait mis en évidence une arthrose acromioclaviculaire aux deux épaules qui avait nécessité une longue période de physiothérapie.

Dans un certificat médical du 23 juin 2016, le Dr X._____ a attesté que l'assuré souffrait d'un diabète de type II insulino-dépendant instable ainsi que de crises d'asthme sévères. Il a également mentionné une « aggravation sévère », sans autre précision.

Suivant l'avis du médecin du SMR, l'OAI est finalement entré en matière sur la seconde demande.

Dans un rapport à l'OAI du 9 août 2016, le Dr X._____ a posé les diagnostics de diabète de type II et d'asthme. Il a précisé qu'au vu de l'asthme et de l'instabilité du diabète, une profession avec horaires réguliers, où il est possible de suivre le diabète et une alimentation équilibrée ou une profession dans le secteur tertiaire ou dans le domaine de la santé (aide-infirmier, EMS etc.) était préférable. Selon lui, seules les activités uniquement en position assise étaient parfaitement adaptées, voire, mais de manière plus mesurée, celles exercées dans différentes positions et celles impliquant de soulever/porter.

Dans un rapport à l'OAI du 5 septembre 2016, le Dr I._____ a posé les diagnostics ayant effet sur la capacité de travail de chondrocalcinose et d'arthrose-fémoro-patellaire. Il a en outre mentionné un diabète, une polyneuropathie périphérique, des problèmes à l'épaule et

de l'asthme comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Il a indiqué que les activités impliquant une flexion des genoux, de porter et d'aider des patients (épaules) entraînerait une perte de rendement. Il a en outre préconisé de réorienter l'assuré vers une activité où il serait 80 % du temps assis et 20 % du temps debout et en marche.

Selon un avis du 20 octobre 2016, le Dr D._____, médecin au SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. En revanche, elle était totale dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites, à savoir pas de position debout ou de marche de plus de 20 % du temps, pas de montées répétées sur des échelles ou des escaliers, pas de positions accroupies ou à genoux et pas de port de charges ou aide aux patients (épaule).

Par projet de décision du 3 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa seconde demande de prestations au motif qu'il s'avérait que celui-ci, après une comparaison de ses revenus sans et avec invalidité, ne subissait aucun préjudice économique. Une aide au placement lui a toutefois été accordée par communication du même jour.

Le 31 mars 2017, l'assuré a fait part de son désaccord à l'encontre du projet de décision précité, estimant être tout au plus capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée. Il a produit un rapport établi le 21 décembre 2015 par l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ORIF) de [...], duquel il ressortait notamment que les problèmes de santé de l'assuré l'empêchaient de travailler à un taux supérieur à 50 % précisant que les tâches qui ne demandaient pas trop d'efforts physiques et qui permettaient d'alterner les positions assises/debout étaient à privilégier.

Le 8 juin 2017, l'assuré a produit un rapport du 29 mai 2017 du Dr V._____, lequel confirmait son précédent rapport du 12 juin 2015,

ainsi qu'un certificat médical du 29 mai 2017 du Dr X._____, lequel attestait que l'assuré souffrait de diabète et d'asthme instables.

Le Dr I._____, dans une attestation du 22 juin 2017, a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs au niveau des deux genoux et des deux épaules ainsi que des membres inférieurs. Il a relevé que l'imagerie radiologique des genoux et des épaules, n'avait pas énormément changé, à part au niveau de l'articulation fémoro-patellaire, laquelle présentait une sclérose patellaire et un début d'arthrose, précisant que cliniquement, la situation était beaucoup plus flagrante et invalidante, avec des signes probablement en faveur d'une neuropathie périphérique d'origine diabétique. Le Dr I._____ a également relevé que les épaules montraient une douleur acromio-claviculaire, la radiographie excluant toutefois une arthrose.

Le 28 juin 2017, le Dr V._____ a rédigé un nouveau rapport, identique à ses rapports du 12 juin 2015 et du 29 mai 2017, précisant toutefois que l'activité adaptée envisagée devrait être limitée à 50 % du temps de travail en raison de la fatigabilité augmentée.

Le 1^{er} décembre 2017, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a confirmé son projet de décision du 3 mars 2017, précisant, en outre, que les rapports médicaux produits par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position dans la mesure où ils n'apportaient aucun élément médical nouveau et/ou n'attestaient d'aucune aggravation de l'état de santé. L'assuré n'ayant pas recouru contre cette décision, celle-ci est entrée en force.

Le 30 juin 2022, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI, indiquant souffrir des genoux, des épaules et du dos depuis environ huit ans, de diabète depuis environ vingt-deux ans ainsi que d'asthme depuis quarante ans.

Par projet de décision du 21 septembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'elle comptait ne pas entrer en matière sur sa troisième

demande, au motif que l'examen du dossier n'a montré aucun changement.

Dans un « rapport d'aggravation » du 3 octobre 2022, le Dr I._____ a diagnostiqué une discarthrose et unkarthrose sévère symptomatique, une omarthrose de l'épaule droite, une coxarthrose bilatérale plus sévère à droite ainsi qu'une gonarthrose bilatérale. Selon ce médecin, l'assuré dispose d'une incapacité de travail d'au moins 60 %, précisant que si l'assuré travaillait à 40 %, c'était parce qu'il savait que la sédentarité figurait parmi les plus grandes causes de l'arthrose.

Le Dr I._____ a joint à son rapport du 3 octobre 2022 un rapport médical du 28 octobre 2021 de la Dre Q._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne, laquelle a notamment posé les diagnostics d'asthme sévère avec syndrome obstructif persistant non réversible (overlap asthme BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive]) avec amélioration actuelle sous forme de diminution des crises et de la sévérité de la dyspnée, de dysphonie et de fatigabilité vocale importante probablement liées aux stéroïdes inhalés justifiant un changement de traitement inhalé le 28 octobre 2021, de rhinosinusite d'accompagnement ainsi que de diabète insulinotraité.

Par décision du 1^{er} novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 septembre 2022.

B. Le 22 novembre 2022, le greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a réceptionné un courrier du Dr I._____ contestant la décision du 1^{er} novembre 2022 de l'OAI, mais ne comportant aucun courrier ni signature de J._____.

Le 6 décembre 2022, le juge instructeur a invité J._____ à confirmer sa volonté de recourir auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision de l'OAI du 1^{er} novembre 2022, ce qu'il a fait, par pli du 19 décembre 2022.

Dans sa réponse du 26 janvier 2023, l'intimé conclut au rejet du recours. Selon lui, le rapport médical du Dr I. _____ du 3 octobre 2022 ne fait pas état d'élément qui n'aurait pas été pris en compte lors de l'instruction qui a donné lieu à la décision du 1^{er} décembre 2017, précisant que ce médecin n'apporte pas d'indices tangibles qui rendent plausible une aggravation ou une modification de l'état de santé qui justifierait une modification du profil des limitations fonctionnelles retenues en 2017.

Dans sa réplique, le recourant expose que sa situation médicale s'est aggravée, soulignant la présence d'un handicap respiratoire chronique persistant. Il requiert également la mise en œuvre d'une « contre-expertise ».

Dans sa duplique du 18 avril 2023, l'intimé conclut au rejet du recours.

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 troisième demande de prestations AI déposée le 30 juin 2022 par le recourant, au motif que la situation de celui-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 1^{er} décembre 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique.

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 1^{er} novembre 2022, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 30 juin 2022. La Cour de céans doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

b) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies.

c) 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 [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'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).

d) 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).

e) 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).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 30 juin 2022 par le recourant. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si le rapport du 3 octobre 2022 du Dr I. _____ et le rapport du 28 octobre 2021 de la Dre Q. _____ 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 1^{er} décembre 2017 de l'intimé, laquelle constitue la dernière décision entrée en force.

A cet égard, il convient d'emblée de relever que les atteintes à la santé décrites dans le rapport précité du Dr I. _____ sont similaires à celles invoquées dans le cadre de la seconde demande, à savoir des problèmes articulaires au niveau des genoux, des épaules, ainsi que la problématique de l'asthme et du diabète. Cela étant, le Dr I. _____ fait explicitement état d'une péjoration de ces atteintes, propre à rendre plausible un impact sur les limitations fonctionnelles du recourant. En effet, le Dr I. _____ a expliqué que les douleurs du recourant ne répondaient plus aux antalgiques courants et myorelaxants, depuis 2021, et qu'il présente désormais des épanchements à répétition dans les deux genoux ainsi que des épisodes de blocage dans le dos nécessitant des injections anti-inflammatoires qui perturbe son diabète, diabète insulino-dépendant, qui devenait difficile à gérer malgré son amaigrissement de vingt kilos. S'y ajoute la survenue de la maladie de Charcot à droite. De plus, le recourant avait, à plusieurs reprises, présenté une décompensation asthmatique aggravée par le Covid long dont il souffrait, avec des capacités respiratoires et des saturations diminuées de moitié. Or, la problématique du Covid-19 n'était évidemment pas d'actualité lors de la décision du 1^{er} décembre 2017 de l'intimé. Il est donc envisageable

que le Covid-19 ait pu influencer, respectivement aggraver les affections du recourant.

De son côté, la Dre Q. _____, dans son rapport du 28 octobre 2021, a nouvellement diagnostiqué un « overlap asthme BPCO ». Un tel diagnostic rend également plausible une aggravation de l'état de santé du recourant puisque la problématique d'une BPCO n'a jamais été évoquée par les médecins consultés. C'est d'autant plus plausible que les « patients souffrant d'un syndrome de chevauchement entre asthme et BPCO sont plus symptomatiques, ont une moins bonne qualité de vie et souffrent de plus d'exacerbations que les patients atteints d'une seule de ces deux maladies » (Valentina Garelli/Nicolas Petitpierre/Laurent P. Nicod, Le syndrome de chevauchement asthme-BPCO, in : Revue médicale suisse, 18 novembre 2015 n° 495, p. 2145).

Enfin, il est particulièrement piquant de constater, au dossier, que la troisième demande, respectivement les rapports médicaux produits à la suite de celle-ci, n'a fait l'objet d'aucun avis du SMR, mais semble avoir été traitée et écartée par le seul gestionnaire de dossier. La situation médicale aurait pourtant mérité un examen par un médecin, ce d'autant plus que la troisième demande intervient environ quatre ans et demi après la décision du 1^{er} décembre 2017 de l'intimé.

Ainsi, il apparaît que c'est de manière contraire au droit fédéral que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, si bien qu'il convient de renvoyer la cause à cet office afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaires. Pour cette raison, il n'y a pas lieu de donner une suite favorable à la « contre-expertise » requise par le recourant dans le cadre de sa réplique.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis. La décision du 1^{er} novembre 2022 de l'intimé est annulée, la cause étant

renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 30 juin 2022.

6. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 1^{er} novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 30 juin 2022 par J._____.
- 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, l'avance étant restituée à J._____.
- 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 :

- J. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :