

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juin 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Pasche et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, 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)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme monteur-électricien.

**b)** Le 21 mai 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli plusieurs rapports médicaux dont il ressortait que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques depuis 1997, d'asthme bronchique et rhino-conjonctivite allergiques, d'allergies alimentaires aux fruits ainsi que de surdité bilatérale appareillée et qui retenaient que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une place de travail à l'abri du froid, des courants d'air et de la poussière, permettant de changer régulièrement de position, ne comportant pas de positions de porte-à-faux, sans port de charges lourdes (d'un poids supérieur à 5 à 10 kg) et ne nécessitant pas de devoir monter sur une échelle (cf. rapports du 15 avril 2002 des Dre [...], spécialiste en médecine du travail, et [...], respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistante auprès [...]; du 22 mars 2005 du Dr [...], spécialiste en allergologie et immunologie clinique ; du 1<sup>er</sup> novembre 2005 de la Dre Z. \_\_\_\_\_, médecin traitante de l'assuré ; du 8 juin 2006 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; du 5 juillet 2004 du Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie ; décision du 24 février 2005 de l'OAI).

Par décision du 15 mars 2005, confirmée sur opposition le 3 juillet 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré.

**c)** Par acte du 31 juillet 2006, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 3 juillet 2006 devant la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal. Par arrêt du 27 septembre 2006, le recours a été déclaré irrecevable.

**B. a)** Le 6 janvier 2008, G.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Au cours de l'instruction de cette deuxième demande, l'OAI a requis de son service médical régional (ci-après : le SMR) qu'il procède à un examen de l'assuré. Dans son rapport du 9 décembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs étagés (discopathies L4-L5 et L5-S1) ; des allergies multiples étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il a retenu que l'assuré était en incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2007 mais qu'il disposait dès cette époque d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges, pas de port de charges d'un poids supérieur à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail se faisant sur des engins vibrants).

Par décision du 7 décembre 2009, confirmant un projet du 23 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**b)** Par acte du 13 janvier 2010, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision du 7 décembre 2009 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans le cadre de ce recours, le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est adressé, le 26 janvier 2010, à la Cour de céans de la façon suivante :

Au cours du temps, [l'assuré] a cherché à trouver des activités professionnelles ponctuelles, comme le permettait sa santé. Cependant, ses travaux se sont soldés par des échecs de façon régulière en tant que monteur électricien sur chantier, soit sa profession, assez bien payée.

De plus en plus, il n'acceptait plus que des travaux simples dans le cadre de sa profession, nécessitant peu de charges lourdes, des positions variées, donc des travaux les plus simples que possible sur le plan physique.

On ne peut apparemment pas trouver des travaux plus légers.

Des travaux légers hors de sa profession sont nettement moins bien rétribués, au vu du fait qu'il n'a pas d'autre diplôme.

L'AI a par ailleurs refusé une formation professionnelle complémentaire.

Il en ressort qu'en l'état actuel, M. G.\_\_\_\_\_ est en claire incapacité de travail de 50 %, pour une activité simple.

Par arrêt du 19 mars 2010, le recours a été déclaré irrecevable, faute de paiement de l'avance de frais requise.

**c)** Par arrêt du 22 juin 2010, la Ite Cour de droit social du Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours déposé le 16 mai 2010 par l'assuré à l'encontre du jugement du 19 mars 2010 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

**C.** Par courrier reçu le 25 mai 2010 par l'OAI, G.\_\_\_\_\_ a informé ce dernier que ses douleurs lombaires avaient augmenté et s'étaient chronicisées et qu'il souffrait maintenant de douleurs à la jambe gauche également chroniques. Il a joint à son envoi un rapport du 3 mai 2010 de la Dre [...], spécialiste en radiologie, établi à la suite d'une IRM lombaire réalisée le 30 avril 2010 laquelle faisait état d'une hernie discale foraminale et extra foraminale gauche au niveau de L4-L5 entraînant un rétrécissement latéral au niveau L4-L5 gauche, d'une petite hernie discale médiane et paramédiane gauche au niveau de L5-S1 en contact assez rapproché avec la racine S1 gauche dans l'espace épidual et d'une discopathie D12-L1 sans compression au niveau du cordon médullaire.

L'OAI a requis des informations complémentaires auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, lequel a, dans un rapport du 15 septembre 2010, posé le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques invalidantes existant depuis 2002. Il a également indiqué que son patient souffrait de diarrhées et douleurs abdominales chroniques, de céphalées ainsi que d'allergies alimentaires et au pollen chroniques, pathologies qui étaient sans effet sur la capacité de travail. L'assuré présentait une incapacité de travail entière

dans son activité habituelle et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (limitation des positions assises, debout, absence de port de charges, nécessité de changements de positions constants). Le Dr K.\_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi :

- un rapport du 26 mars 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, posant le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques récidivantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal sur hypoextensibilité de la musculature posturale) et faisant état de comorbidités sous forme de probable syndrome d'apnées du sommeil, d'état anxio-dépressif très probable et d'antécédents de violence et de négligence infantile ;
- un rapport du 29 juin 2010 de la Dre [...], spécialiste en neurochirurgie, retenant l'absence de nécessité d'une intervention neurochirurgicale pour le moment.

Dans un avis du 18 novembre 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que l'argumentation développée par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 janvier 2010 pour retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité légère sortait du domaine médical. Il ressortait des pièces médicales produites que, du point de vue clinique, la situation n'avait pas évolué depuis 2008 et que les limitations fonctionnelles étaient toujours les mêmes, justifiant une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur-électricien mais autorisant l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

Par décision du 31 mai 2011, confirmant un projet du 5 avril 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 25 mai 2010.

**D.** Par courrier reçu le 1<sup>er</sup> octobre 2012 par l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait une aggravation de son état physique, en rapport avec ses douleurs lombaires.

Par décision du 9 janvier 2013, confirmant un projet du 13 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

**E.** Le 12 avril 2019, G. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant des calculs rénaux, des problèmes au pied gauche, une « hernie inguinale discale », un syndrome d'intestin irritable depuis un an et des problèmes de dos.

Par courrier du 16 avril 2019, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour produire un rapport médical détaillé précisant entre autres points, le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail ainsi que le pronostic ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, l'assuré étant informé qu'à défaut, il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et qu'une décision de non-entrée en matière serait rendue.

A la demande de l'assuré, ce délai a été prolongé à trois reprises jusqu'au 30 septembre 2019.

Par décision du 18 décembre 2019, confirmant un projet du 8 novembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 12 avril 2019 par l'assuré.

**G.** Par acte du 16 janvier 2020, l'assuré a déféré la décision du 18 décembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI. A l'appui de son recours, il a produit un rapport médical du 15 janvier 2020 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

interne générale, indiquant que le recourant présentait de nombreux problèmes de santé, à savoir un syndrome du côlon irritable, une hypertrophie prostatique, deux lithiases rénales gauches sans incidence clinique, une hernie inguinale droite, une gonarthrose de grade I avec tendinite de la patte d'oie, une petite hernie discale L5-S1 au contact de la racine S1 à gauche et un état anxieux réactionnel.

Par réponse du 26 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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

**1. a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Est litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'Office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 12 avril 2019.

**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 du règlement du 17 janvier 1961

sur l'assurance-invalidité [RAI ; 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 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).

**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. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 12 avril 2019. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de rente entrée en force du 31 mai 2011 – dernière décision reposant sur un examen matériel du

droit à la rente -, et la décision litigieuse du 18 décembre 2019, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 18 décembre 2019 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 31 mai 2011 (cf. consid. 3c *supra*).

**b)** Le recourant n'a produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 12 avril 2019. Par courrier du 16 avril 2019, l'Office intimé lui a imparti un délai de trente jours pour lui adresser un rapport médical détaillé et l'a averti que, sans nouvelles de sa part, la modification de son degré d'invalidité ne serait pas considérée comme plausible et qu'il rendrait une décision de non entrée en matière. L'Office intimé a prolongé à trois reprises ce délai : le 20 mai 2019 pour le 20 juin 2019, le 21 juin 2019 pour le 31 juillet 2019 et le 7 août 2019 pour le 30 septembre 2019. Dans son envoi, il a précisé qu'il s'agissait d'un ultime délai. Ainsi, le recourant a disposé de huit mois pour déposer auprès de l'intimé un document médical attestant de la péjoration de son état de santé dans une mesure susceptible d'influencer ses droits. Un tel délai était largement suffisant. Or le recourant n'a pas été en mesure de fournir le moindre rapport médical pendant cette longue période. En particulier, alors qu'il indiquait, dans un courrier du 5 juillet 2019, être suivi par de nombreux spécialistes, il n'a produit aucun écrit émanant de l'un d'entre eux.

**c)** S'agissant du rapport du 15 janvier 2020 du Dr U.\_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dès lors qu'il a été établi postérieurement à la décision litigieuse. En effet, la Cour de céans 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. consid. 3c *supra*).

**d)** En définitive, il y a lieu de constater avec l'intimé que le recourant n'est pas parvenu à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité entre le 31 mai 2011 et le 18 décembre 2019.

**5. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 18 décembre 2019 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant - au demeurant non représenté - n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 décembre 2019 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 du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- G. \_\_\_\_\_,
- 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 :