

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Berberat, juge et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri du Service juridique d'Inclusion Handicap à Lausanne,

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 chauffeur-livreur.

En arrêt de travail, il a déposé, le 24 octobre 2001, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes. Il souffrait de problèmes articulaires (syndrome de dyschondrostéose), avec notamment des luxations récidivantes de rotules dès l'âge de treize ans, puis des luxations récidivantes des épaules et des coudes, et de manière plus générale une hyperlaxité ligamentaire. Il a subi plusieurs interventions chirurgicales (stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart en 1999 et ostéotomie de varisation et de flexion de l'épiphyse proximale du tibia gauche, ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia et greffe iliaque en 2003). Il a également présenté un état anxieux et dépressif.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du H._____ (H._____), à [...]. Les experts ont rendu leur rapport le 31 août 2006. En se fondant sur un avis de son Service médical régional (SMR), s'écartant partiellement des constatations des experts, l'OAI a nié le droit à une rente de l'assurance-invalidité (décision du 27 août 2007).

A la suite d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (à l'époque : Tribunal des assurances) a confié au V._____ (V._____), à [...], une expertise pluridisciplinaire. En se fondant sur le rapport du V._____, du 6 mars 2009, mais également sur le rapport du 31 août 2006 du H._____ (H._____), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 août 2007. Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre des mesures de reclassement professionnel dès le 1^{er} septembre 2007 (CASSO AI 377/07 -

253/2009 ; arrêt du 24 août 2009). En substance, la cour a considéré que les atteintes à la santé physique du recourant étaient compatibles, dès le 1^{er} juin 2007, avec l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, mais moyennant une diminution de rendement de 20 %, pour autant qu'elle n'impose pas le port de charges de plus de dix kilos, le travail en-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs ni des déplacements en terrain accidenté ou en pente, sur une durée supérieure à quinze à vingt minutes. Les déplacements pouvaient toutefois être répétés (CASSO AI 377/07 - 253/2009 ; arrêt du 24 août 2009, consid. 4 et 5).

Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a examiné les mesures professionnelles envisageables, mais y a finalement renoncé compte tenu notamment du fait que l'assuré ne s'estimait pas apte à suivre de telles mesures (décision du 19 mai 2010).

b) Le 30 novembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant une péjoration de son état de santé. Il a notamment produit un rapport du 26 septembre 2011 de la Dre P._____, médecin associée au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne. Un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles, établi par le Service d'ergothérapie du CHUV, était joint au rapport de la Dre P._____. Il a également produit un rapport du 6 mai 2010 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par décision du 20 mars 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a produit un rapport du 5 septembre 2012 de son médecin traitant, la Dre A._____. Ce rapport est rédigé en ces termes :

“M. G._____ souffre d'un syndrome de Leri-Weill ou dyschondrostéose qui se manifeste par différents problèmes de l'appareil locomoteur : malformations articulaires touchant notamment les mains, les coudes, les genoux, une hyperlaxité ligamentaire, une petite taille et une constitution chétive. Cette atteinte articulaire a tendance à s'aggraver avec le temps. Elle a

déjà nécessité plusieurs interventions orthopédiques car M. G._____ souffre, en raison de sa maladie, d'une hyperlaxité ligamentaire qui a entraîné des luxations récidivantes des épaules et une instabilité sévère des genoux. Ces différentes atteintes articulaires ont d'importantes répercussions fonctionnelles, cela est détaillé dans le rapport du service d'ergothérapie du CHUV. Il est à souligner que l'évaluation fonctionnelle globale est beaucoup plus importante que la simple mesure des amplitudes articulaires pour juger de l'incapacité de gain.

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 de M. G._____ vont immanquablement s'aggraver avec le temps et entraîner une diminution progressive des capacités fonctionnelles. Par conséquent, il faudra à moyen terme (dans un délai de 2 à 4 ans) procéder à une réévaluation de l'état de santé de M. G._____, des répercussions des atteintes sur sa capacité de travail et demander à l'Assurance Invalidité une révision de sa décision.”

La Cour de céans a, par arrêt du 23 octobre 2012 (CASSO AI 101/12 - 356/2012), rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 20 mars 2012.

Le 5 décembre 2012 (timbre postal), l'assuré a formé recours contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral, qui l'a déclaré irrecevable le 13 décembre 2012 (TF 9C_998/2012 du 13 décembre 2012).

c) Le 11 novembre 2015, G._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Cette démarche se fondait sur une nouvelle évaluation des capacités fonctionnelles, du 16 décembre 2014, une lettre du 13 décembre 2016 de la Dre A._____ à l'OAI, et un rapport médical du 16 février 2017 de ce même médecin, dont on extrait notamment ce qui suit :

“Diagnostics

- Status après luxations récidivantes des deux épaules, instabilité chronique de l'épaule gauche, opération de stabilisation de l'épaule selon Bancart en novembre 1999.
- Instabilité des deux genoux, prédominant à gauche, avec déformation en valgus et en recurvatum, status après ostéotomie de varisation du tibia gauche et ostéotomie tibiale gauche en 2003.
- Arthrose des deux genoux prédominant à gauche.
- Status après opération pour luxations récidivantes des 2 rotules.
- Déformation et limitation des 2 coudes.

- Troubles statiques du rachis.

M. G._____ souffre d'une atteinte ostéo-articulaire qui entraîne une hyperlaxité ligamentaire, qui entraîne des problèmes au niveau de toutes les articulations périphériques, instabilité, luxations récidivantes, déformation des genoux en valgus et recurvatum, recurvatum des coudes.

A l'examen clinique, on constate que M. G._____ est de constitution chétive, il pèse 45,5 kilos pour 160 cm. Il présente un important valgus des deux genoux, un flexum du genou gauche après l'intervention chirurgicale, un recurvatum du genou droit, une atrophie musculaire des membres inférieurs qui est assez marquée. Les hanches sont limitées principalement en flexion et rotation interne avec d'importantes douleurs péri-articulaires prédominant à gauche. On note que la musculature fessière est atonique et hypotrophique. A l'examen des membres supérieurs, les épaules sont douloureuses et limitées, il existe un recurvatum des deux côtés, ainsi qu'une limitation de la flexion des coudes et de la pronation. On note des troubles de la statique du rachis avec une hypercyphose dorsale, un renversement postérieur du tronc, une limitation de la mobilité de la colonne cervicale.

Les examens radiologiques des genoux démontrent un status après ostéotomie du genou gauche avec matériel d'ostéosynthèse toujours en place, des troubles dégénératifs des deux genoux, prédominant à gauche.

Depuis que je connais M. G._____, je constate que l'atteinte articulaire progresse régulièrement, actuellement il est de plus en plus limité par les douleurs, principalement au niveau des deux genoux qui rendent parfois la marche problématique, le patient a présenté de nombreux épisodes ces derniers mois d'instabilité et de blocages articulaires avec apparition d'un épanchement dans les deux genoux, principalement à gauche, ce qui rend la marche difficile voire impossible, il doit très souvent marcher avec une canne, il ne peut pas faire de longues distances, il lui est difficile de monter et de descendre les escaliers. Il présente également des douleurs des épaules, des coudes qui sont limités, il lui est impossible de porter des charges de plus de 3 ou 4 kilos.

Dans le courant de l'année 2016, M. G._____ avait réussi à retrouver une activité à temps partiel, comme chauffeur-livreur. Malheureusement après quelques semaines, il a dû interrompre son activité en raison de la réapparition de très importantes douleurs des genoux accompagnées de limitation fonctionnelle l'empêchant de se déplacer, même à plat et sur de courtes distances, même avec l'aide d'une canne, il lui était impossible de conduire un véhicule et de transporter les colis qu'il devait livrer. Il a essayé de reprendre le travail lorsque la situation s'était un peu améliorée mais malheureusement il a été licencié, son employeur estimant qu'il ne pouvait pas, en raison de son état de santé, poursuivre cette activité de chauffeur.

A l'heure actuelle, j'estime que la capacité de travail de M. G._____ est grandement diminuée. Il serait possible qu'il travaille quelques heures par jour, dans une activité assise, mais lui

permettant de changer de position régulièrement, sans port de charge, sans effort important avec certainement un rendement réduit.

Le pronostic n'est pas bon car il semble inéluctable que les atteintes articulaires progressent et s'aggravent avec des douleurs de plus en plus importantes, une faiblesse musculaire de plus en plus marquée, une résistance à l'effort qui ne peut qu'aller en diminuant.

Malgré cela, M. G. _____ reste motivé et désireux de travailler dans une activité qui lui convienne.

C'est pour cette raison que je soutiens sa demande à l'AI de lui accorder des mesures professionnelles, pour examiner quelle activité il pourrait encore entreprendre et pour lui fournir une aide au placement.”

Le 14 mars 2017, l'assureur perte de gain en cas de maladie (E. _____) a transmis à l'OAI le dossier médical de l'assuré qu'il avait constitué. Il en ressort que cet assureur a versé ses indemnités journalières à 100 %, du 4 octobre 2016 au 31 mars 2017, sur la base des incapacités de travail attestées par la Dre A. _____.

Le 31 mai 2017 (avis médical du Dr M. _____, spécialiste en médecine du travail), le SMR a pris position et estimé que la modification (péjoration) de l'état de santé n'était pas rendue plausible, en l'absence d'éléments nouveaux convaincants sur le plan somatique. Il a noté également que, par le passé, l'assuré avait refusé les mesures de réadaptation proposées dans le cadre d'un reclassement et qu'il souhaitait en effectuer alors qu'il avait pu reprendre son ancienne activité.

Le 2 juin 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 15 septembre 2017, l'assuré, assisté de Me Karim Hichri du Service juridique d'Inclusion Handicap, a contesté ce projet. Il s'étonnait de ne pas avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en soutenant que l'hyperlaxité ligamentaire, dûment attestée tant par les médecins traitants que par les experts du V. _____, s'était péjorée depuis la précédente décision de refus de l'OAI entrée en force.

Le 8 février 2018, le SMR a maintenu son point de vue relatif à l'absence d'aggravation plausible de l'état de santé. Par décision du 21 juin 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2015.

B. Par acte déposé le 27 août 2018, G._____, représenté par Me Karim Hichri, a déféré cette décision devant 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 nouvelle demande de prestations. Produisant un courrier électronique envoyé à son conseil le 14 septembre 2017 par la Dre A._____, il soutient que, contrairement à l'avis du SMR suivi par l'OAI, son état de santé s'est péjoré depuis la précédente décision rejetant sa demande de prestations.

Dans sa réponse du 8 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Le 15 octobre 2018, en réplique, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

Le 16 octobre 2018, cette dernière écriture a été communiquée à l'intimé pour son information.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 11 novembre 2015 par le recourant.

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'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).

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 LPGA), 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. Le recourant fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis l'hiver 2014, cela en raison de l'aggravation de son hyperlaxité ligamentaire avec le temps et de la diminution progressive de ses capacités fonctionnelles (résistance réduite, force diminuée et pas d'effort prolongé possible), qui entraîne une diminution du rendement. Il en déduit être en incapacité de travail depuis lors et pour une durée indéterminée. Ces éléments justifient, à ses yeux, la reprise de l'instruction du dossier.

5. a) En l'espèce, le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé de nature à modifier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, entre la décision du 27 août 2007 et la décision litigieuse du 21 juin 2018. Alors que dans son rapport du 5 septembre 2012, la Dre A._____ estimait qu'il n'y avait pas encore d'atteinte invalidante, elle précisait qu'il conviendrait de réexaminer la situation à moyen terme (dans un délai de deux à quatre ans), et de procéder à une réévaluation de l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 16 février 2017, la Dre A._____ confirme une évolution défavorable, avec notamment une diminution de la capacité à porter des charges (de plus de

trois à quatre kilos), des atteintes dégénératives des deux genoux, prédominant à gauche, une augmentation des douleurs des genoux avec de nombreux épisodes d'instabilité articulaire et de blocages des articulations, avec l'apparition d'un épanchement dans les deux genoux, principalement à gauche, rendant la marche difficile, voire impossible. Elle estime finalement qu'il serait possible à l'assuré de travailler quelques heures par jour, dans une activité assise, mais lui permettant de changer de position régulièrement, sans port de charge, sans effort important et certainement avec un rendement réduit. La Dre A._____ fait état d'un pronostic sombre, puisque les atteintes articulaires progressent et s'aggravent, avec des douleurs de plus en plus importantes, une faiblesse musculaire de plus en plus marquée et une résistance à l'effort qui ne peut aller qu'en diminuant. Ses constatations reposent, en partie tout au moins, sur une évaluation récente des capacités fonctionnelles de l'assuré, qui fait notamment état d'une limitation importante de l'endurance globale, en dépit d'une bonne collaboration de l'intéressé à cette évaluation. Dans ces conditions, la Dre A._____ rend plausible une péjoration de l'état de santé ostéo-articulaire de l'assuré pouvant avoir une influence sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, ce qui justifie d'instruire le cas pour déterminer plus précisément quelle est désormais la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

b) De son côté, l'OAI a nié qu'une telle évolution ait été rendue plausible par l'assuré. Il se fonde principalement sur deux rapports médicaux établis par le Dr M._____ (avis SMR des 31 mai 2017 [pièce 195] et 8 février 2018 [pièce 208]). Ce dernier a toutefois, dans le rapport médical du 31 mai 2017, contesté que l'hyperlaxité ligamentaire diagnostiquée par la Dre A._____ ait été établie par expertise, alors que les experts du V._____ comme ceux du H._____ ont expressément constaté une hyperlaxité globale ou hyperlaxité généralisée. Dans son rapport du 8 février 2018, il a ensuite constaté, de manière contradictoire, que cette hyperlaxité n'apparaît pas « de novo », mais qu'elle est présente depuis la naissance au moins. On voit mal en quoi cette argumentation exclurait une péjoration de l'état de santé de l'assuré, une atteinte préexistante pouvant s'aggraver avec le temps. Qu'il n'existe pas d'études

médicales permettant de prédire l'évolution de la dyschondrostéose, associée à une hyperlaxité ligamentaire, n'exclut pas davantage de constater, *in concreto*, une péjoration au fil du temps. Enfin, on observera à propos de l'absence d'information radiologique prouvant une aggravation, que la Dre A. _____ avait déjà constaté, dans un rapport du 26 septembre 2011 (pièce 137), l'apparition d'une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, prédominant à gauche, et des troubles statiques du rachis avec probablement une arthrose cervicale limitant de façon importante la mobilité cervicale. Cette restriction fonctionnelle a été notamment constatée lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles effectuée le 16 décembre 2014 au Service d'ergothérapie du CHUV (pièce 169 p. 7).

c) Au final, les rapports des médecins consultés, sans suffire à établir une péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rendent suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause.

6. a) Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière

administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 21 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 G. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour G. _____),
- 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 :