

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juillet 2009

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Crissier, recourant, représenté par Me Gilles Monnier, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 3 RAI et 87 al. 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_, ressortissant italien né en 1951, maçon de profession, a déposé des demandes de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), qui ont été rejetées les 22 novembre 1984 et 30 novembre 1987. Il se plaignait, en substance, de lombalgies ou rachialgies chroniques. Une nouvelle demande de prestations de l'AI, déposée le 31 mai 1994, a été rejetée le 10 juillet 1997, à défaut d'aggravation de l'état de santé.

L'assuré a derechef demandé des prestations de l'AI le 5 décembre 1997. Dans le courant de l'instruction de cette demande, l'OAI a résumé, dans une lettre du 30 avril 2001, la situation de la manière suivante :

*« Un stage effectué en (...) 1983, auprès du Centre d'Observation Professionnelle de l'AI arrivait à la conclusion que notre assuré serait à même d'exercer une activité d'ouvrier de fabrique ou une activité de manœuvre léger avec un plein rendement s'il était d'accord d'envisager une réadaptation professionnelle et de renoncer à son statut d'indépendant, ce qui n'était visiblement pas le cas.*

*Un rapport médical établi par la [...] en 1987 arrive aux mêmes conclusions et relève à nouveau que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité adaptée et qu'une réorientation professionnelle serait judicieuse.*

*De nombreux experts médicaux se sont encore penchés sur ce dossier depuis lors, et chaque fois la conclusion est la même, à savoir que l'assuré devrait bénéficier d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. »*

L'OAI a rendu une décision de refus de rente le 19 septembre 2001, en retenant un degré d'invalidité de 16,47 pour-cent. L'assuré a recouru contre cette décision. Par un jugement du 30 septembre 2002, le Tribunal des assurances a partiellement admis le recours, en reconnaissant à l'intéressé le droit au service de placement. Il a cependant estimé que, vu le degré d'invalidité, l'OAI avait refusé à bon droit l'octroi d'une rente.

**B.** Par courrier du 5 juin 2003, l'assuré a demandé à l'OAI l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, en calculant son degré d'invalidité sur la base du revenu effectivement perçu. L'OAI a refusé d'entrer en matière par lettre du 16 juin 2003, sans rendre de décision formelle.

**C.** L'intéressé a déposé une demande de révision le 20 décembre 2004, en invoquant une aggravation de son état de santé. Le 24 janvier 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assuré ne faisait valoir aucun fait nouveau. L'opposition de l'assuré a été rejetée par une décision du 17 novembre 2005, qui n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal des assurances.

**D.** Le 9 octobre 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, tendant à l'octroi d'une rente. Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a réunis divers rapports médicaux.

Dans un rapport du 18 juin 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital [...], a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de déconditionnement musculaire global. Il constatait que la situation était restée stationnaire depuis dix-huit mois, bien que l'intéressé se plaignît d'une recrudescence des douleurs au niveau des membres inférieurs, qui demeuraient toutefois constantes et sans influence de la marche ou des postures. Une IRM réalisée en 2003 ayant révélé une compression radiculaire en L4, une nouvelle IRM a été réalisée le 29 juin 2007, mettant en évidence des discopathies étagées L3-L4 et L4-L5 avec des protrusions discales circonférentielles s'étendant en L4-L5 au niveau foraminal et pouvant devenir compressif en fonction de la position de l'intéressé, ainsi que des lésions de type Modic II en L4-L5. Le 17 juillet 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ en a conclu que l'assuré présentait des lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de discopathies étagées et de dysbalances musculaires ayant peu évolué depuis le dernier examen. Il suggérait dès lors le dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'AI, compte tenu de la progression des lésions structurelles.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional AI (ci-après : SMR) pour appréciation. Celui-ci a relevé, dans un rapport du 29 novembre 2007 du Dr M.\_\_\_\_\_, que les lésions dégénératives radiologiques avaient vraisemblablement progressé depuis 2004, mais que le status clinique ne s'était en revanche pratiquement pas modifié. Il soulignait à cet égard que des changements radiologiques ne se traduisaient pas nécessairement par une détérioration fonctionnelle, qui seule importait. Selon le SMR, l'activité de maçon, que l'assuré continuait à exercer à mi-temps, n'était absolument pas adaptée, mais la capacité de travail exigible dans une activité adaptée demeurait entière, les limitations fonctionnelles d'« épargne du dos » étant inchangées.

Le 20 février 2008, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. Réagissant à ce projet, l'assuré a produit un nouveau rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ daté du 3 avril 2008, selon lequel « par rapport à la symptomatologie que nous connaissions auparavant et surtout par rapport à l'imagerie précédente, il existe une péjoration des discopathies, ainsi qu'une aggravation des lésions intra-discales, pouvant expliquer l'impossibilité du patient à reprendre une activité au-delà de ce qu'il fait actuellement », ainsi qu'un certificat médical du 4 avril 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, généraliste, qui confirmait les conclusions prises par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2007 et émettait un pronostic défavorable, avec une évolution probable vers un arrêt de travail à 100 pour-cent.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré, le 18 juin 2008, que les documents médicaux produits par l'assuré n'apportaient aucun élément nouveau, rappelant que l'aggravation radiologique ne s'accompagnait pas nécessairement d'une aggravation fonctionnelle. Il maintenait par conséquent son appréciation, selon laquelle une activité adaptée était pleinement exigible de la part de l'intéressé, tout en précisant que l'incapacité de travail dans la profession de maçon, attestée par le Dr F.\_\_\_\_\_, était justifiée depuis la première demande.

Par décision du 26 juin 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

**E.** C.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 25 juillet 2008 auprès du Tribunal des assurances, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complète de son droit aux prestations de l'AI. Il reproche en substance à l'office intimé de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux qu'il a produits, lesquels démontrent une péjoration significative de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI en 2005.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, en se prévalant du dernier avis du SMR du 18 juin 2008.

Le recourant a déposé des déterminations le 11 février 2009, sans modifier ses conclusions. Il a produit à cette occasion un courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009, accompagné d'un rapport d'ergothérapie du 6 janvier 2009 et qui constate « une aggravation objectivable sur le plan de l'IRM avec une accentuation des symptômes douloureux, une péjoration des hypoextensibilités qui se sont aggravées surtout au niveau de la chaîne antérieure et péjorées de manière significative passant de 15cm à 23cm, ce qui est quand même une péjoration de plus de 50%, même si l'AI ne le constate pas dans son courrier ». Ce médecin précise en outre qu'« une augmentation des douleurs peut se traduire objectivement sur le plan radiologique par des dégradations au niveau arthrosique, mais celles-ci ne sont pas toujours suivies d'une aggravation du status clinique ». Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, l'ancienne activité de maçon n'est plus exigible, mais l'assuré conserve une capacité de travail de 50% dans une activité permettant l'alternance des postures et une limitation des ports de charges.

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

**1.** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Les autres conditions légales de recevabilité sont également remplies.

**3.** La contestation porte sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision de refus de prestations de l'AI du 17 novembre 2005, entrée en force en l'absence de recours, l'intéressé faisant valoir qu'il a rendu plausible cette aggravation.

**a)** La décision attaquée est une décision de non-entrée en matière fondée sur l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). En vertu de l'al. 4 de cette disposition, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il

présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64 ; TF 9C\_537/2008 du 10 juin 2009, consid. 2). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits pertinents (ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; TFA I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2).

**b)** Dans le cas particulier, vu les limitations fonctionnelles du recourant, c'est bien l'analyse du Dr N.\_\_\_\_\_ qui est déterminante. Le SMR - dont l'appréciation a en principe valeur d'expertise selon la jurisprudence - s'est prononcé sur les différents rapports de ce médecin, en retenant l'absence de détérioration ou d'aggravation fonctionnelle significative.

Le dernier rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009 ne remet pas en cause les rapports précédents et ne permet pas de considérer que l'avis du SMR n'est pas concluant. Ce rapport mentionne du reste qu'« une augmentation des douleurs peut se traduire objectivement sur le plan radiologique par des dégradations au niveau arthrosique, mais celles-ci ne sont pas toujours suivies d'une aggravation du status clinique ». Quant au rapport de l'ergothérapeute, il se réfère à une situation postérieure à la décision attaquée (évaluation au début de l'année 2009, six mois après cette décision) ; il n'est donc pas pertinent du point de vue de l'application de l'art. 87 RAI.

Il résulte donc du dossier que, sur le point décisif - à savoir, au regard de l'état de santé, la possibilité d'exercer une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles -, le recourant n'a pas fourni des indications d'ordre médical qui seraient propres à établir de façon plausible que l'invalidité (au sens de l'art. 8 LPG) s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'OAI, se fondant sur un avis clair du SMR, n'a ainsi pas violé le droit fédéral en refusant d'instruire plus avant la nouvelle demande de prestations.

**4.** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**5.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 500 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge du recourant C.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- Me Gilles Monnier (pour C. \_\_\_\_\_)
- 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 :