

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 décembre 2019

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Oppikofer, assesseurs  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

V. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 10 novembre 2016, en raison d'une incapacité de travail totale ayant débuté le 15 avril 2016.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a versé au dossier de la cause les documents recueillis par l'assureur perte de gain maladie [...], qui mentionnaient notamment les diagnostics de connectivite indifférenciée probable depuis mars 2016, de maladie de Still, de maladie liée aux immunoglobulines de type G4 (IgG4) et de rosacée entre autres atteintes à la santé (notamment rapport du 16 janvier 2017 de la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et du 28 février 2017 de la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale).

Selon un rapport du 17 janvier 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie auprès du Service de rhumatologie du Centre Q. \_\_\_\_\_, il n'y avait plus de diagnostic incapacitant. L'ancienne activité de cuisinier pouvait être reprise à plein temps. Il n'y avait aucune restriction physique, mentale ou psychique.

Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré, son atteinte à la santé n'engendrant pas d'incapacité de travail de longue durée, mais uniquement du 16 avril au 10 novembre 2016.

**b)** Le 29 août 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans ce cadre, il a produit deux rapports médicaux des 25 septembre et 5 novembre 2018 de la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Cette

dernière a posé les diagnostics de suspicion de maladie auto-inflammatoire avec fièvre intermittente, inappétence et poids fluctuant, rash cutané intermittent. Les diagnostics différentiels étaient ceux de maladie de Still et de maladie à IgG4.

Dans un avis du 24 janvier 2019, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a considéré que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical nouveau. Il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière.

Par décision du 29 janvier 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

**B.** Par acte du 26 février 2019, V. \_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant le Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à ce que l'OAI entre en matière sur la demande de prestations déposée le 29 août 2018.

Dans sa réponse du 4 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a indiqué que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé pouvant influencer ses droits aux prestations. Il s'est référé à la prise de position du 24 janvier 2019 du SMR.

Un rapport du 24 avril 2019 de la Dre J. \_\_\_\_\_ est parvenu à la Cour de céans le 30 avril 2019. La Dre J. \_\_\_\_\_ y a réitéré les éléments contenus dans son rapport du 29 octobre 2018 [sic] concernant la péjoration de l'état général de l'assuré.

L'OAI s'est déterminé sur ce rapport par courrier du 20 mai 2019, considérant que dans un contexte de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en considération. La Dre J. \_\_\_\_\_ n'apportait du reste pas d'éléments nouveaux à ses précédents rapports.

Par courrier du 5 juillet 2019, l'assuré a rappelé sa situation médicale, en particulier le fait que les médecins n'arrivaient pas à poser un diagnostic malgré de nombreux symptômes. A l'appui de son envoi, il a notamment produit un rapport du 29 mars 2019 du Service de pathologie clinique du Centre Q.\_\_\_\_\_ faisant état d'un lipome paralombaire droit, sans signe de malignité.

Dans ses ultimes déterminations du 10 septembre 2019, l'OAI a rappelé que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en compte dans un contexte de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Le rapport du 29 mars 2019 ne mettait en outre pas en évidence une influence durable de l'atteinte sur la capacité de travail.

#### **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.** Est litigieux le refus d'entrer en matière prononcé le 29 janvier 2019 par l'intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations

déposée par le recourant le 31 août 2018, singulièrement la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

**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).

**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, il faut se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'août 2018, a établi de façon plausible que les circonstances s'étaient modifiées 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 29 janvier 2019 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 1<sup>er</sup> juin 2017. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

**b)** La décision initiale de refus de rente du 1<sup>er</sup> juin 2017 se fondait principalement sur les rapports du 16 janvier 2017 de la Dre X.\_\_\_\_\_ et du 17 janvier 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_. La première a posé le diagnostic incapacitant de connectivite indifférenciée probable depuis mars 2016. Le pronostic était extrêmement difficile à établir. Lorsque la Dre X.\_\_\_\_\_ avait examiné le recourant au printemps 2016, il était en incapacité de travailler en raison d'un état fébrile avec une importante asthénie et des polyarthralgies, le tout s'accompagnant d'un syndrome inflammatoire biologique. Elle ne pouvait toutefois pas se prononcer sur la capacité de travail en janvier 2017 dès lors qu'elle n'avait plus vu le recourant depuis le 24 août 2016. S'agissant du Dr B.\_\_\_\_\_, il a mentionné, dans son rapport du 17 janvier 2017, un état fébrile récurrent non objectivé, intermittent, d'une durée d'environ 15 minutes à chaque épisode, associé à des sudations, des frissons, des éruptions cutanées érythémateuses concomitantes associées à des arthralgies migrantes. Pendant l'hospitalisation dans le Service de rhumatologie du Centre Q.\_\_\_\_\_ du 11 mai au 2 juin 2016, fut uniquement observé un syndrome inflammatoire au début du séjour, qui s'est normalisé par la suite. Il n'y

avait aucun élément sur le plan clinique, respectivement biologique, pour suspecter un rhumatisme inflammatoire spécifique. Un essai de corticothérapie à haute dose n'avait produit aucun effet. Le recourant n'était plus suivi à la consultation depuis le 10 novembre 2016. Aucune restriction sur le plan physique ou psychique n'a été retenue, l'activité habituelle pouvant être reprise. Joint à la première demande de prestations, le rapport du 28 février 2017 de la Dre M.\_\_\_\_\_ faisait état des diagnostics incapacitants de connectivite indifférenciée probable depuis mars 2016, d'état subfébrile récidivant évoluant par poussées, arthromyalgies, lésions papuleuses des bras et des jambes, épanchements pleuraux et péricardiques et d'important syndrome inflammatoire biologique. Les diagnostics différentiels étaient les suivants : maladie à IgG4, polychondrite atrophiante, maladie de Still de l'Adulte ; moins probables : lupus érythémateux systémique, sarcoïdose et paranéoplastique. La Dre M.\_\_\_\_\_ avait vu le recourant pour la dernière fois le 8 juillet 2016.

**c)** A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit deux rapports établis les 25 septembre et 5 novembre 2018 par la Dre J.\_\_\_\_\_. Le SMR considère dans son avis du 24 janvier 2019 que le recourant n'apporte cependant, à l'appui de cette documentation médicale, aucun élément nouveau. Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, la Dre J.\_\_\_\_\_ expose clairement et à plusieurs reprises dans ces deux rapports qu'elle a constaté une péjoration de l'état de santé du recourant. Ce dernier avait suivi un traitement de colchicine, qui n'avait pas eu d'effet suffisant. Un traitement d'anti-IL1 (Kineret) avait été débuté en automne 2017 en raison d'une aggravation des plaintes, avec ensuite une bonne amélioration s'agissant des symptômes, mais avec l'apparition de réactions allergiques, raison pour laquelle le traitement avait dû être interrompu. Le recourant a dû être à nouveau hospitalisé du 26 février au 6 mars 2018. Un traitement d'Illaris a ensuite été entrepris le 19 juillet 2018 avec un effet sur les pics fébriles, le recourant ne présentant que très rarement des températures en-dessus de 39°C, et également avec un effet sur le plan cutané, les atteintes étant moins fréquentes. En revanche, la fatigue, l'inappétence avec vomissements s'aggravaient. Le recourant

se plaignait d'une fatigue importante, de pics fébriles occasionnels, de douleurs sur l'ensemble du bras gauche pendant les épisodes de fièvre, ainsi que d'éruptions cutanées sporadiques. Il présentait aussi des vertiges orthostatiques depuis fin août 2018, ainsi qu'une alternance entre constipation et diarrhée depuis un an et demi. Le recourant avait été en incapacité de travail totale du 24 novembre au 7 février 2018, puis à 50 % du 22 mars au 30 avril 2018 et ensuite à nouveau à 100 % (rapport du 25 septembre 2018). Dans son rapport du 5 novembre 2018, la Dre J. \_\_\_\_\_ ajoute qu'en raison de l'inefficacité de l'Illaris, le traitement avait dû être interrompu au début du mois d'octobre 2018, une reprise du Kineret ayant eu pour effet de calmer la fièvre. Le recourant s'était présenté à plusieurs reprises pour être consulté en urgence de rhumatologie en raison d'un état général préoccupant du fait de douleurs récidivantes généralisées, singulièrement au niveau des cicatrices récentes, avec coloration violacée de ces dernières. Sur le plan de l'atteinte cutanée pendant les crises, le recourant observait des lésions maculeuses temporaires de petite taille, avec saignements. La Dre J. \_\_\_\_\_ rend ainsi compte d'une nette péjoration de l'état général du recourant, avec des douleurs moins bien contenues par le traitement, et ceci depuis plusieurs mois, cet état s'accompagnant d'une perte pondérale de 5 à 6 kg en plusieurs semaines. Le recourant présentait une alternance entre diarrhées et constipation depuis plus d'une année. La Dre J. \_\_\_\_\_ retient dès lors, en se fondant sur sa consultation clinique, une péjoration de l'état de santé induisant une perte de la capacité de travail. Elle note l'absence actuelle d'un traitement curatif, l'Illaris étant inefficace, alors que le Kineret ne s'avérait pas satisfaisant en raison de ses effets secondaires. Cela étant, on observe que le SMR s'est abstenu de prendre position sur les périodes d'incapacités de travail postérieures à celle retenue dans la décision du 1<sup>er</sup> juin 2017, sur l'hospitalisation du 26 février au 6 mars 2018, sur les consultations répétées en urgence rhumatologique, sur les nouveaux traitements entrepris ainsi que sur leurs effets secondaires, alors que la Dre J. \_\_\_\_\_ décrit en détail les symptômes observés, leurs origines présumées en l'état de ses investigations et les conséquences indiscutables sur la capacité de travail du recourant.

**d)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande rendent plausible une modification de son état de santé, respectivement des circonstances, propre à influencer ses droits.

**5. a)** En définitive, bien fondé, le recours doit être admis et la décision de refus d'entrer en matière du 29 janvier 2019 annulée en conséquence. La cause est ainsi renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 29 août 2018, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 29 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- V. \_\_\_\_\_,
- 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 :