Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
I 597/05

Arrêt du 8 janvier 2007
IIe Cour de droit social

Composition
MM. les Juges Lustenberger, Juge présidant, Ferrari et Seiler.
Greffière: Mme Gehring.

Parties
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, avenue Général-Guisan 8, 1800 Vevey, recourant,

contre

F._____, 1961, intimé, représenté par Me Denis Merz, avocat, rue de Bourg 33, 1001 Lausanne,

Objet
Assurance-invalidité,

Recours de droit administratif contre le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 28 juillet 2005.

Faits:
A.
A.a Par décision du 30 avril 2001 confirmée par jugement du 23 mars 2002 du Tribunal des assurances du canton de Vaud, l'Office pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : office AI) a dénié à F._____, le droit aux prestations en regard d'une perte de gain de 24 %. Pour déterminer celle-ci, il a retenu que le prénommé ne subissait aucune incapacité de travail dans une activité lucrative raisonnablement exigible sur le plan rhumatologique, de même qu'il ne présentait pas de trouble psychique invalidant. Cette appréciation se fondait en particulier sur les conclusions de la doctoresse V._____, spécialiste FMH en rhumatologie (rapport du 11 août 2000), et celles du docteur E._____, psychiatre et psychothérapeute (rapport du 22 décembre 2000).
A.b Par nouvelle demande du 1er octobre 2003, F._____ a requis la révision de son droit aux prestations, se prévalant des avis des docteurs J._____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie (rapports des 13 février, 15 septembre et 11 novembre 2003 et 24 février 2004), M._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (rapports des 13 mars et 17 novembre 2003 et 4 mars 2004) et S._____, spécialiste en psychiatrie (rapport du 20 février 2004). Se fondant sur l'avis de son Service médical régional ([ci-après : SMR]; cf. rapports des 19 janvier et 1er juin 2004 du docteur O._____), l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, motif pris que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation objective de son état de santé sur le plan somatique et psychique (décision du 5 février 2004 confirmée sur opposition le 7 juillet suivant).
B.
F._____ a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. En cours de procédure, il a produit un rapport d'expertise établi le 28 mai 2005 par les docteurs A._____ (spécialiste FMH en rhumatologie) et Z._____ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) sur ordonnance prononcée le 22 novembre 2004 par la Justice de paix du District de Lausanne. Par jugement du 28 juillet 2005, le Tribunal a admis le recours et enjoint l'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de F._____.
C.

L'office AI interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation.

F._____ et l'Office fédéral des assurances sociales concluent respectivement au rejet et à l'admission du recours.

Considérant en droit:
1.
1.1 La loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2006 1205, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; ATF 132 V 393 consid. 1.2 p. 395).
1.2 La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
2.
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 l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).
Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).
3.
Il n'est pas contesté que la décision sur opposition litigieuse constitue une non-entrée en matière sur la nouvelle demande déposée le 1er octobre 2003 par l'intimé.
3.1 Se fondant essentiellement sur le rapport du COMAI, les premiers juges ont considéré que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé et que l'office AI n'était à tort pas entré en matière sur sa nouvelle demande. En substance, ils ont retenu que l'intéressé présentait une atteinte auditive de plus en plus importante ainsi qu'une péjoration de son état de santé psychique.
3.2 Selon l'office recourant, les pièces médicales produites par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande n'établissent aucune aggravation de son état de santé depuis la décision initiale de refus des prestations AI. En outre, le rapport du COMAI a été établi ultérieurement au prononcé de la décision sur opposition litigieuse, de sorte qu'il ne saurait être pris en considération dans la présente procédure en regard du principe selon lequel l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.
3.3 De son côté, l'intimé soutient avoir fait tout ce qui était en son pouvoir afin d'attester du caractère plausible de l'aggravation de son état de santé, en produisant de nombreux rapports médicaux et en sollicitant la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il précise que dès le dépôt de la nouvelle demande, l'administration connaissait son intention de produire un rapport d'expertise pluridisciplinaire, de sorte que celle-ci aurait dû suspendre la procédure. Il ajoute qu'en se retranchant derrière le motif d'incompétence du juge de paix pour écarter le rapport du COMAI, elle agit au mépris des règles de la bonne foi. Enfin, il indique avoir déposé par courrier du 30 juin 2005 une autre nouvelle demande qui est actuellement pendante devant l'office AI. Il en

déduit que sous l'angle des principes d'opportunité et d'économie de la procédure, il convient de statuer en l'espèce en tenant compte du rapport du COMAI.
4.
A l'appui de la nouvelle demande déposée le 1er octobre 2003, l'intimé a produit l'avis émanant de ses différents médecins traitants, à savoir celui des docteurs J._____ (rapports des 13 février, 15 septembre et 11 novembre 2003 et 24 février 2004), M._____ (rapports des 13 mars et 17 novembre 2003 et 4 mars 2004) et S._____ (rapport du 20 février 2004). Hors procédure administrative, il a en outre produit un rapport d'expertise établi le 28 mai 2005 par les médecins du COMAI.
4.1 A l'instar de l'office AI, la Cour de céans considère également que ce dernier rapport ne saurait être pris en considération dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'il a été établi ultérieurement au prononcé de la décision sur opposition litigieuse. Dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; voir également l'arrêt E. du 16 janvier 2004, I 52/03). Contrairement au point de vue soutenu par l'intimé, il ne saurait être question de surseoir à ces principes - fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure - sous peine de les vider de leur portée juridique.
4.2 Sur la base des autres rapports médicaux produits par l'intimé à l'appui de sa nouvelle demande, il appert, selon le docteur J._____, que, sur le plan rhumatologique, une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré s'est progressivement développée depuis le 30 avril 2001, se traduisant par une constante augmentation des consultations pour récidive de douleurs lombosciatiques, dorsales, scapulaires et cervicales associées à d'importantes céphalées; il note également des douleurs au niveau des jambes, en particulier du compartiment interne des deux genoux, ainsi que des troubles gastro-intestinaux caratérisés par des brûlures au niveau de la région oesophagienne.
Le docteur M._____ fait pour sa part état d'une péjoration de la surdité bilatérale de l'assuré nécessitant le renouvellement anticipé de ses appareils auditifs. Cette importante dégradation de l'audition contribue progressivement à la péjoration de son état de santé général ainsi qu'à son isolement sur le plan social. Cette appréciation peut toutefois être nuancée au vu des constatations postérieures des médecins du COMAI. En effet, selon ces derniers, äppareillé aux deux oreilles, il [le recourant]entend correctement la conversation et il n'est pas nécessaire d'élever la voix.

Sous l'angle psychique, le docteur S._____ observe que l'intimé souffre indéniablement des troubles rhumatologiques diagnostiqués, ce qui aggrave le trouble dépressif qu'il présente. Il se révèle conditionné non seulement par la persistance de la symptomatologie douloureuse mais également par la détresse psychosociale et la non-reconnaissance de sa souffrance et de son incapacité de travail. Diagnostiquant un profond trouble de la personnalité associé à des traits mixtes borderlines et paranoïaques, il estime indispensable au vu de la teneur contradictoire des rapports d'expertise versés au dossier, de procéder à une nouvel examen de l'assuré.
Ce faisant, l'intimé a certes rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la décision initiale de refus des prestations AI. Pour autant toutefois, il n'appert pas des rapports précités que sa capacité de travail s'en trouve affectée dans une mesure propre à accroître son degré d'invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA, ainsi que l'art. 87 al. 4 RAI le requiert pour justifier la réouverture du dossier. En effet, les docteurs J._____, M._____ et S._____ ne s'expriment pas sur la capacité de travail de l'assuré. En particulier, ils n'indiquent pas que celle-ci se soit péjorée depuis le 30 avril 2001. Or, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
4.3 Sur le vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas rendu plausible, au stade de la procédure administrative, que sa capacité de travail avait été réduite de façon à modifier le degré de son invalidité. Il s'ensuit que c'est à tort que les premiers juges ont prononcé le renvoi du dossier à l'office AI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du 1er octobre 2003. Le jugement entrepris n'est pas conforme au droit fédéral et le recours se révèle donc bien fondé.
5.

Reste que les médecins du COMAI ont constaté l'existence, postérieurement à la date déterminante, d'un trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel sévère. Ils sont de l'avis que ces troubles psychiques sont appelés à subsister avec la même sévérité durant une période indéterminée et qu'ils entraînent une incapacité totale de travail. On peut dès lors tenir pour vraisemblable que cette modification de l'état de fait influence le droit à la prestation. Dans ces conditions, une transmission d'office du dossier à l'office AI se justifie pour examen des conditions du droit à la rente.
6.
La procédure, qui porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, est gratuite (art. 134 OJ). En tant qu'il succombe, l'intimé n'a pas droit à des dépens (art. 159 al. 1 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est admis et le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 28 juillet 2005 est annulé.
2.
Le dossier est transmis à l'office AI pour qu'il se prononce sur l'éventualité du droit à la rente.
3.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
4.
L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de 500 fr., lui est restituée.
5.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 8 janvier 2007
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Juge présidant: La Greffière: