

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 534 vom 27. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_534](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__534)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 534 du 27 juillet 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 534 del 27 luglio 2017

### Regeste

ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.07.2017 Arrêt / 2017 / 534

ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 239/16 - 221/2017 ZD16.040707 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 27 juillet 2017 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président MM. Monod et Küng, assesseurs Greffier : M. \_\_\_\_\_ Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : I. \_\_\_\_\_ , à O. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. a) Sans formation professionnelle, I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse d'origine libanaise, né en 1969, a travaillé dès le 1 er juin 1999 en qualité de responsable technique au service de la Bibliothèque X. \_\_\_\_\_ (site de G. \_\_\_\_\_). Le 19 juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état de troubles psychiques. Par décision du 19 février 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a refusé à I. \_\_\_\_\_ l'octroi de toute prestation, au motif que la dysthymie – ayant nécessité un arrêt de travail dès le mois de septembre 2011, toujours en cours à ce jour – attestée par le psychiatre traitant serait davantage le résultat d'une relation tendue et conflictuelle entre l'assuré et son chef plutôt qu'une problématique strictement médicale, si bien que le cas relèverait des ressources humaines, aucun élément objectif n'indiquant par ailleurs une quelconque limitation de la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle en raison d'une atteinte à la santé. Statuant par arrêt du 29 juillet 2013 (cause n° AI 103/13 – 187/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assuré contre cette décision dont elle a prononcé l'annulation. Ayant considéré que l'instruction était lacunaire sur le plan psychiatrique, elle a renvoyé la cause à l'office AI afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique puis statue à nouveau. b) Reprenant l'instruction, l'office AI a diligencé une expertise médicale psychiatrique auprès de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. De son rapport du 6 février 2014, faisant suite à un examen du 30 décembre 2013, on extrait le passage suivant : « A l'examen de ce jour, M.

I. \_\_\_\_\_ est venu en voiture, accompagné de son épouse et de sa belle-mère. L'épouse aurait conduit, Monsieur disant ne pas être capable de conduire sur de longs trajets. L'expertisé est orienté aux 4 modes. Il est prolix, interprétatif, avec par moments une réactivité caractérielle et une irritabilité, en particulier lorsqu'il parle de son chef. En fonction des sujets, Monsieur peut s'animer et sourire. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé. L'expertisé porte des vêtements militaires et ses plaques d'identité militaire ; il précise qu'il apprécie être vêtu de cette manière. Monsieur indique également avoir fait revenir du Liban en Suisse sa jeep utilisée pendant la guerre. M. I. \_\_\_\_\_ dit être passionné de véhicules militaires et il est membre d'un club. Le discours de l'expertisé est essentiellement centré sur son conflit avec son chef. Monsieur me montre par ailleurs moult documents relatifs à ce conflit ; un recours contre une décision du Tribunal Cantonal est actuellement déposé auprès du Tribunal Fédéral. Le discours est centré sur le conflit avec le chef et non relatif à la guerre au Liban. L'énergie vitale est conservée, sans perte de l'initiative. Monsieur fonctionne dans son quotidien et maintient des loisirs (jeux avec sa fillette, visite à un ami, ancien soldat au Liban, passer du temps sur Internet à la recherche de clubs de jeeps). Monsieur ne présente pas de flash-back, de pensée intrusive en permanence, d'attaque de panique, d'état de qui-vive, ni de cauchemars toutes les nuits. Parfois, selon ses dires, l'expertisé serait réveillé par des cauchemars relatifs à la guerre mais il pourrait se rendormir. M. I. \_\_\_\_\_ regarde plusieurs fois par jour les nouvelles sur Euronews (fréquentes scènes de guerre dans divers pays). Il projette se rendre mensuellement au Liban après l'accouchement de son épouse ; cette dernière ne se plairait guère en Suisse et va retourner avec ses 3 enfants pendant quelques mois auprès de sa famille au Liban. Lors d'état de stress post-traumatique en lien avec la guerre, la personne évite soigneusement tous sujets ou images relatifs à une guerre, ainsi que le port d'habits militaires. De même, la personne n'envisage pas de retourner régulièrement dans le pays (actuellement en plein conflit) où il aurait vécu un état de stress post-traumatique. De même, malgré la guerre vécue au Liban à l'époque, Monsieur n'a manifestement pas présenté d'état de stress post-traumatique puisque dès la fin de la guerre, il a pu exercer diverses activités professionnelles. Jusqu'en septembre 2011, Monsieur n'a pas nécessité de suivi psychothérapeutique, ni de médication psychotrope. En outre, selon la définition de l'état de stress post-traumatique dans la CIM-10, à savoir la nécessité de survenue d'un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique, une interpellation par la police vaudoise ne peut être assimilée à ce type d'événement et par conséquent ne peut pas entraîner un état de stress post-traumatique. Par ailleurs, les gens souffrant d'état de stress post-traumatique ont honte de leurs symptômes et par conséquent ne sont pas revendicateurs. Tout comme le Dr T. \_\_\_\_\_ et le Dr M. \_\_\_\_\_, je retiens le diagnostic de troubles de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites évoluant progressivement en une dysthymie puis en un trouble anxieux et dépressif mixte (d'intensité légère). Au vu des taux sériques effectués le jour de l'expertise, la compliance médicamenteuse de l'expertisé est bonne. Toutefois, vu la persistance des symptômes, les psychopharmacologues de l'Hôpital Q. \_\_\_\_\_ suggèrent une réévaluation du traitement psychotrope. La problématique majeure est le besoin de justice de M. I. \_\_\_\_\_ et de faire reconnaître le harcèlement de son chef à son encontre. Ceci sort du champ médical. Par ailleurs, l'expertisé, tantôt dit vouloir retourner dans son emploi, tantôt vouloir en exercer un autre. M. I. \_\_\_\_\_ a fait diverses demandes d'emploi, jusqu'alors sans succès. Durant l'entretien, alors que Monsieur peut expliquer calmement la guerre au Liban, il est nettement plus irritable et tendu à l'évocation du conflit

avec son chef. Des divergences sont présentes, par exemple lorsque M. I. \_\_\_\_\_ dit sentir par moments le souffle des obus sur mon visage et j'entends le bruit, il relate ces événements, étendu dans le fauteuil, les bras croisés sur la tête, dans une position de grande détente. Ceci n'est pas congruent avec les plaintes alléguées par M. I. \_\_\_\_\_. Selon l'anamnèse, le status et le fonctionnement de l'expertisé, ce dernier présente des traits paranoïaques et narcissiques, accentués par le conflit relationnel. Ces traits sont insuffisants pour retenir un trouble de personnalité à proprement dit. La recherche pour un épisode dépressif majeur, une anxiété généralisée, des attaques de panique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose est négative. Le trouble anxieux et dépressif mixte (d'intensité légère) n'entraîne pas de limitation et, par conséquent, n'est pas incapacitant. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle dépend de facteurs extra médicaux. »

S'agissant de la capacité de travail, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a considéré qu'elle était entière dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. Par décision du 15 avril 2014, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente). Faisant sienne l'appréciation de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, il a fait observer que cette dernière concluait à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante, un état de stress post-traumatique ayant été formellement écarté en l'absence des symptômes caractéristiques de cette affection. L'expert avait en revanche retenu l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère, lequel était toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Il n'avait dès lors aucun élément objectif fondant une diminution de la capacité de travail de l'intéressé. Par conséquent, dans toute activité relevant de son champ de compétences, celui-ci était à même de mettre en valeur une pleine capacité de travail. En résumé, il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. B.

En date du 3 juillet 2015, I. \_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a fait valoir un syndrome de stress post-traumatique ainsi qu'un état dépressif chronique. Dans un rapport du 22 juillet 2015 à l'office AI, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail d'état dépressif récurrent, existant depuis 2012. Sans répercussion sur l'exigibilité il a retenu divers diagnostics somatiques. Ayant indiqué que l'assuré était alors suivi par le service psychiatrique de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration de la symptomatologie psychique, ce qui excluait l'exercice de n'importe quelle activité. A son rapport était joint le compte-rendu d'un examen respiratoire du 27 janvier 2015 effectué dans le cadre d'un suivi médical pour un syndrome d'apnées du sommeil. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également annexé le rapport dressé le 6 mars 2015 ensuite du séjour de son patient du 11 au 23 février précédent à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, motivé par une péjoration de son état dépressif accompagné d'idées noires. Le 14 août 2015, les Drs A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et cheffe de clinique adjointe au service de psychiatrie générale de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, ont fait parvenir à l'office AI un rapport daté du même jour, dans lequel, après avoir posé les diagnostics de trouble dépressif majeur de sévérité moyenne chronique et d'état de stress post-traumatique chronique avec une survenue différée, ils s'exprimaient en ces termes : « Nous retenons le diagnostic de trouble dépressif majeur moyen chronique en raison de la présence, depuis plus de deux ans, d'une humeur dépressive, d'une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour presque toutes les activités de la journée, des insomnies, une fatigue, un sentiment de dévalorisation, une diminution de la capacité à se concentrer ainsi que des pensées de mort récurrentes. De plus, nous retenons un trouble état de stress post-traumatique chronique avec une survenue différée car M. I. \_\_\_\_\_ a été exposé, lors

de la guerre au Liban, à des événements lors desquels il a été témoin de la mort d'amis proches par obus et auxquels il a réagi par un sentiment d'impuissance et d'horreur. Depuis 2012, ces événements traumatiques sont revécus par des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, des rêves répétitifs, un sentiment de vivre en permanence à l'époque de cette guerre. Il présente également un évitement persistant des stimuli associés à ce traumatisme avec un évitement de ses activités de collectionneur d'armes, un sentiment de devenir détaché d'autrui, une restriction des affects et un sentiment d'avenir bouché. Il présente très régulièrement des symptômes neurovégétatifs tels que des réveils nocturnes, une irritabilité, des difficultés de concentration et une hypervigilance. Cette perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative et une altération de son fonctionnement social et professionnel. Il présente cela depuis 2012 jusqu'à aujourd'hui, raison pour laquelle il s'agit d'un trouble chronique à survenue différée car il s'est écoulé plus de 20 ans entre les événements traumatiques et la survenue de ce trouble. Une telle évolution n'est pas fréquente, mais est reportée dans la littérature scientifique (...). En effet, une nouvelle expérience de stress peut activer cette symptomatologie. Un examen psychologique est effectué à notre demande le 15 juin 2015 par Mme U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychologie clinique FSP. Cet examen montre un fonctionnement caractérisé par une incapacité à établir une distance entre le vécu intérieur et le matériel présenté, un vécu persécutoire qui refiltre tous les récits. Les capacités défensives semblent épuisées et une évolution mélancolique est mise en évidence. Les symptômes précités et le fonctionnement de M. I. \_\_\_\_\_ nous paraissent actuellement l'empêcher de se réintégrer sans aide sur le marché du travail. Il semble en effet qu'un conflit au travail ait débuté ses arrêts de travail, mais que depuis lors, M. I. \_\_\_\_\_ a développé une symptomatologie sévère et handicapante le mettant en incapacité de travail. Dans ce contexte, nous l'avons encouragé à procéder à une nouvelle demande AI afin de recevoir de l'aide pour une réadaptation professionnelle. De plus, M. I. \_\_\_\_\_ présente dans son fonctionnement de fréquents sentiments de persécution et cela semble être installé de longue date. Ainsi, le conflit avec son supérieur hiérarchique nous semble avoir aggravé ce sentiment de persécution et faire partie des difficultés que présente M. I. \_\_\_\_\_. Actuellement, sa fatigue et ses difficultés de sommeil, ses troubles de la concentration, ses symptômes neurovégétatifs, son irritabilité, et des difficultés relationnelles qu'il rencontre avec son entourage dans le cadre de ses troubles, nous paraissent compromettre une reprise du travail. (...) » Se prononçant sur les documents médicaux versés au dossier dans le cadre de l'instruction de la seconde demande de prestations, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé en conclusion de son avis médical du 30 mars 2016 que la situation médicale était similaire à celle constatée par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 6 février 2014. Les pièces médicales versées au dossier depuis la décision du 15 avril 2014 confirmaient qu'aucune amélioration ou aggravation notable de l'état de santé n'avait été attestée depuis 2012. Du point de vue médico-théorique, la capacité de travail demeurait donc inchangée depuis la décision précitée. Par projet de décision du 7 avril 2016, l'office AI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 15 avril 2014. Le 26 avril 2016, l'assuré a fait savoir à l'office AI qu'il contestait son projet. Dans le cadre de la prolongation de délai accordée par l'administration aux fins de motiver son point de vue, il a transmis deux rapports médicaux. Dans le premier, daté du 3 juin 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait

une aggravation de ses symptômes tant sur le plan physique que psychique. Il a fait mention de gonalgies gauches et droites apparues au mois de novembre 2015. Alors en cours d'investigations, elles limitaient le périmètre de marche à 100 m. L'intéressé présentait par ailleurs une incontinence à la fois diurne et nocturne, nécessitant le port de protections. Enfin, l'asthénie s'était péjorée depuis quelques mois. Quant au second rapport, daté du 8 juin 2016 et émanant des Dresses K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au département de psychiatrie de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, il contenait les constatations suivantes : « (...) M. I. \_\_\_\_\_ est un patient de 47 ans connu pour un état de stress post-traumatique, chronique, avec une survenue différée, un trouble dépressif majeur de sévérité moyenne, chronique, et un probable trouble de la personnalité, sans précision. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier à notre consultation de l'Unité de Réhabilitation du DP-Hôpital B. \_\_\_\_\_ depuis novembre 2015. Le patient se présente toujours aux rendez-vous proposés et il se montre compliant au traitement médicamenteux (actuellement, Setraline 150 mg, Seroquel 200 mg et Tranxilium en réserve). M. I. \_\_\_\_\_ présente une symptomatologie anxieuse et dépressive importante, en évolution depuis 2010, avec une perte d'élan vital, une aboulie, une anhédonie, un sentiment de dévalorisation et d'insuffisance par rapport à ses capacités professionnelles, un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille, une irritabilité, une perte d'espoir par rapport à l'avenir et des idées noires récurrentes, non scénarisées. Une exacerbation de cette symptomatologie, liée à des conflits de couple, a motivé une hospitalisation en mode volontaire en milieu psychiatrique à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ entre le 9 et le 28 décembre 2015, pour mise à l'abri d'un risque auto et hétéro-agressif. M. I. \_\_\_\_\_ rapporte également, depuis 2011, la présence de flashbacks concernant la période dans sa jeunesse où il a participé à la guerre civile au Liban, avec des images de lambeaux de corps déchirés, de personnes décapitées et de ses amis morts. Ces flashbacks sont souvent accompagnés par une sensation de malaise physique avec palpitations, vertiges, sentiment que ses genoux lâchent et bouffées de chaleur, symptomatologie aggravée lorsque le patient voit des policiers ou des voitures de police et qu'il entend des sirènes. M. I. \_\_\_\_\_ décrit également faire des cauchemars toutes les nuits soumis à la même thématique, associés parfois à des pertes d'urine, ce qui motive un important sentiment de gêne et de honte. Nous relevons des troubles du Moi avec des phénomènes de déréalisation transitoire, où le patient a l'impression de se trouver toujours dans les années 80, où il a du mal à reconnaître son épouse et ses enfants, où il a l'impression d'être dans un film ou de « ne pas être là du tout ». Il présente également une méfiance non délirante et un sentiment de persécution vis-à-vis de certaines personnes et institutions depuis le début de ses difficultés professionnelles. Nous ne mettons pas en évidence d'autres symptômes de la lignée psychotique. Finalement, signalons que M. I. \_\_\_\_\_ présente des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une importante fatigabilité. Il demande souvent d'arrêter les entretiens plus tôt car il n'arrive plus à suivre. Il décrit également des troubles du sommeil avec une difficulté d'endormissement liée à des ruminations anxieuses et plusieurs réveils pendant la nuit en raison des cauchemars. Il ne rapporte pas de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Dans le contexte de la situation clinique décrite, nous estimons que M. I. \_\_\_\_\_ présente plusieurs limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte, notamment des difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions (irritabilité), une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. Les aspects signalés, ainsi que l'atteinte des fonctions cognitives, entraînent une baisse significative de son rendement

en général. En conclusion, M. I. \_\_\_\_\_ souffre actuellement d'un tableau clinique complexe et sévère, ayant des implications sur son fonctionnement bio-psycho-social, évaluées et répertoriées ci-dessus dans ce rapport médical. Au vu de nos constatations médicales, nous appuyons sa demande d'une mesure de réinsertion. » Dans un avis médical du 13 juillet 2016, le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes à propos de ces deux documents : « Dans un courrier du 3 juin 2016 adressé à la protection juridique de l'assuré, le médecin de famille confirme que la faveur déclenchant des empêchements/plaintes de l'assuré est bien un conflit au travail. Nous apprenons aussi qu'un des enfants de l'assuré est aussi suivi par un psychiatre. Des gonalgies sont aussi annoncées et identifiées comme problème depuis l'automne 2015 sans qu'une atteinte à la santé n'ait été identifiée malgré des investigations en cours depuis plus de 6 mois. En l'absence d'anomalies objectives relevées, par le médecin de famille lors de ses examens cliniques, de bilan radiologique pathologique et/ou d'un avis d'un spécialiste rhumatologue ou orthopédiste, en effet l'IRM du genou droit du 26 novembre 2015 identifie une masse en-dessus de la base de la rotule gauche extra articulaire et de composante graisseuse qui n'est pas de nature à expliquer des limitations au niveau du genou droit ; aucun traitement n'a d'ailleurs été entrepris à ce sujet. Ce courrier n'est pas de nature à modifier notre position. Le service de psychiatrie communautaire de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ a aussi écrit à la protection juridique de l'assuré en date du 8 juin 2016. Les diagnostics retenus au paragraphe 2 sont similaires à ceux qui prévalaient lors de l'instruction initiale. L'exacerbation des plaintes/symptômes de l'assuré fin 2015 est reliée à des conflits de couple (paragraphe 3) et ne saurait donc être rattachée à l'évolution endogène de la maladie, ce qui va dans le sens de l'amélioration décrite à la sortie de l'Hôpital Q. \_\_\_\_\_ en décembre 2015. Quant à la résurgence d'éléments de type flashback constitutif d'un PTSD « lorsque le patient voit des policiers ou des voitures de police et qu'il entend des sirènes », elle a bien été prise en compte lors de l'instruction initiale et de l'avis SMR du 18 février 2014. Cette question est traitée de façon convaincante dans l'expertise psychiatrique du 6 février 2014. Les troubles décrits sont d'une ampleur similaire à celle rapportée dans le RM du 17 septembre 2015 et les diagnostics sont identiques. Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI confirment qu'aucune amélioration ou aggravation notable de l'état de santé n'a eu lieu depuis 2012. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est donc inchangée depuis la dernière décision AI. » Par décision du 29 juillet 2016, l'office AI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations (mesures professionnelles et rente) déposée par l'assuré le 3 juillet 2015, avec une motivation identique à celle de son préavis du 7 avril précédent. Une lettre d'accompagnement datée du même jour et faisant partie intégrante de la décision prenait position sur les griefs avancés par l'assuré. Était joint à ce courrier l'avis médical précité du Dr V. \_\_\_\_\_. Le 11 août 2016, les Drs K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont fait parvenir à l'office AI un rapport médical dont la teneur était pratiquement identique à celle de leur rapport du 8 juin précédent. C. Par acte du 14 septembre 2016, I. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision, dont il demande, sous suite de frais et dépens, l'annulation en ce sens que son droit à des mesures de l'assurance-invalidité, voire à une rente, soit reconnu. Subsidiairement, il conclut à la mise en œuvre d'une « nouvelle expertise médicale menée sur une période plus étendue et par un nouvel expert choisi par [ses] soins ». Se prévalant d'une détérioration de son état de santé tant d'un point de vue somatique que psychique, le recourant expose que, outre l'ancienneté de l'expertise psychiatrique de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ – qui remonte au 30 décembre 2013 –, le fait que l'expert n'ait procédé qu'à un

seul et unique entretien est insuffisant pour appréhender correctement sa situation. Il reproche en outre à l'office AI de n'avoir procédé à aucune mesure d'instruction à propos de la maladie somatique évoquée par le Dr S. \_\_\_\_\_, A l'appui de ses allégations, le recourant a produit une liasse de pièces, dans laquelle figurait la lettre de sortie du 4 janvier 2016 faisant suite à son séjour – en mode volontaire – à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2015 au 28 décembre suivant, lors duquel le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé. L'admission visait à mettre l'intéressé à l'abri d'un geste auto- ou hétéro- agressif. Dans sa réponse du 5 décembre 2016, l'office AI expose les conditions légales et jurisprudentielles auxquelles il peut entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations. Renvoyant pour le surplus aux avis médicaux rendus par son SMR en date des 30 mars et 13 juin 2016, il propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 10 janvier 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, rappelle que la décision du 15 avril 2014 se fondait pour l'essentiel sur l'expertise de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, datant de fin 2013, laquelle avait certes admis un état anxio-dépressif mixte mais avait exclu toute répercussion sur la capacité de travail, qu'elle considérait comme entière. Elle avait en outre écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Or, dans leur rapport du 14 août 2015, les Drs A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ mentionnent une aggravation de la symptomatologie dépressive et font par ailleurs état de symptômes anxieux et d'une exacerbation de l'agressivité. Quant aux diagnostics, ils retiennent un trouble dépressif majeur de sévérité moyenne chronique et un état de stress post-traumatique chronique avec une survenue différée. Outre que ces diagnostics sont nouveaux par rapport à ceux retenus par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, le recourant souligne que les médecins précités estiment que la symptomatologie sévère et handicapante qu'il présente entrave sa capacité de travail. Il estime ainsi avoir rendu vraisemblable que son état de santé s'est détérioré depuis l'expertise de la Dresse Z. \_\_\_\_\_. A cela s'ajoute qu'il a dû être hospitalisé au mois de décembre 2015 – en mode volontaire – à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ où le diagnostic d'état de stress post-traumatique a également été admis. Enfin, indépendamment des gonalgies évoquées par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 juin 2016, le recourant relève que celui-ci fait état d'une « péjoration de ses symptômes tant au niveau somatique que psychiatrique », laquelle est attestée sur le plan psychique par l'incontinence qu'il présente. Partant, il considère que c'est à tort que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Dupliquant en date du 2 février 2017, l'intimé propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Par pli du 2 mai 2017, le recourant déclare confirmer ses conclusions. En date du 14 juin 2017, le recourant a produit le compte-rendu du 27 mai 2017 d'une IRM dorso-lombaire pratiquée la veille. Cet examen concluait à une discarthrose L4-L5 avec protrusion discale médiane, para-médiane et récessale gauche pouvant engendrer un conflit radiculaire L5 gauche, dont le recourant déduisait le caractère handicapant sur le plan professionnel. Était joint à cette lettre un courrier à l'office AI daté du même jour et valant demande de révision au cas où cette pièce ne serait pas prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Le 3 juillet 2017, le recourant a produit une expertise psychiatrique datée du 15 juin 2017, réalisée à la demande du Ministère public de l'arrondissement de L. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une enquête dirigée à son endroit pour lésions corporelles simples qualifiées, voies de fait qualifiées, vol au préjudice des proches et menaces qualifiées. Retenant les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'épisode dépressif moyen chronique, les experts concluaient à une responsabilité pénale moyennement diminuée. Était jointe à cette pièce

une attestation du 26 juin 2017 faisant état d'un suivi ambulatoire auprès du service de psychiatrie communautaire de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ ainsi que d'une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2017. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'office AI à l'assuré d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 3 juillet 2015 signifié par décision du 29 juillet 2016. L'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 3 juillet 2015, le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 15 avril 2014 lui déniait le droit à toutes prestations (rente et mesures professionnelles). 3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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. 3 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 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2). b) Selon la jurisprudence, le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGa – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les

faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.). c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 4. a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à cette dernière jurisprudence, le compte-rendu de l'IRM dorso-lombaire du 27 mai 2017 ne saurait être pris en considération pour examiner l'existence d'une aggravation de l'état de santé telle qu'alléguée par le recourant, en tant qu'il est postérieur à la décision dont est recours. Il en va du reste de même de l'expertise du 15 juin 2017 ainsi que de l'attestation du 26 juin suivant. Il ne convient en effet pas 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. Par ailleurs, en demandant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, le recourant perd de vue que dans le type de procédure de l'art. 87 al. 2 RAI, il n'appartient pas à l'office intimé ou au Tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, mais à l'assuré de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64 ; cf. TF 9C\_660/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3.3). Il s'ensuit que la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée. Il convient donc d'examiner si l'assuré a rendu plausible une modification de son invalidité, plus exactement une modification de son état de santé susceptible d'entraîner une invalidité depuis le 15 avril 2014, et ceci principalement sur la base des avis psychiatriques au dossier dans son état au 29 juillet 2016. b) La décision du 15 avril 2014 refusant au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente) se fondait sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 6 février 2014, laquelle concluait à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. Elle a formellement exclu un état de stress post-traumatique en l'absence des symptômes caractéristiques de cette affection. Quant au trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère, elle a considéré qu'il était sans incidence sur la capacité de travail. A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 3 juillet 2015, le recourant a produit un rapport 22 juillet 2015 du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin traitant, lequel faisait mention d'une aggravation de son état de santé psychique remontant au mois de février 2015 à tout le moins, soit lors du séjour de l'intéressé à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, motivé par une péjoration de son état dépressif accompagné d'idées noires. Selon le Dr S. \_\_\_\_\_, les troubles psychiques de son patient excluaient l'exercice de n'importe quelle activité. La détérioration de l'état de santé de l'assuré ressort en outre du rapport établi le 14 août 2015 à l'attention de l'office AI par les Drs A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, qui relèvent dans leur lettre d'accompagnement du même jour une symptomatologie sévère compromettant une reprise du travail. De plus, les médecins précités retiennent un trouble dépressif majeur de sévérité moyenne chronique et, contrairement à la Dresse Z. \_\_\_\_\_, un état de stress post-traumatique chronique avec une survenue différée. Pour leur part, les Dresses K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ retiennent, outre les diagnostics précédemment retenus par leurs confrères de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, un probable trouble de la personnalité, sans précision. Elles estiment par ailleurs que les limitations fonctionnelles présentées par leur patient, soit des difficultés relationnelles et

dans la gestion des émotions (irritabilité), associées à une hypersensibilité au stress et à l'apparition périodique de phases de décompensation, contribuent à une baisse significative de son rendement en général. Enfin, le Dr S. \_\_\_\_\_ réaffirme dans son courrier du 3 juin 2016 que l'état de santé de l'assuré s'est dégradé non seulement sur le plan psychique mais également du point de vue somatique, en raison de l'apparition de gonalgies limitant le périmètre de marche à environ 100 m. Il fait encore mention d'une asthénie s'étant péjorée depuis peu et ayant conduit à l'apparition d'une incontinence diurne et nocturne nécessitant le port de protections. Daté du 6 février 2014, le rapport d'expertise de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, dont on peut se dispenser d'éprouver la valeur probante, se fonde sur un examen clinique remontant au mois de décembre 2013 ayant abouti au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte dont l'intensité – qualifiée par l'expert de légère – était par définition sujette à modification, dans le sens d'une rémission ou d'une péjoration. Or, c'est précisément ce que retiennent les médecins de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ dans leur rapport d'août 2015, confirmé en juin 2016, dans le sens d'une péjoration tant sur le plan diagnostique en retenant un trouble dépressif majeur de sévérité moyenne et un état de stress post-traumatique chronique, qu'en termes d'impact sur la capacité de travail, qui s'en trouve affectée. Cette péjoration est expliquée, motivée par des spécialistes et confirmée par le médecin traitant S. \_\_\_\_\_ en juin 2016, qui fait de surcroît état d'une problématique somatique naissante sous forme de gonalgies, lesquelles pouvaient être objectivées à l'occasion d'un examen clinique du SMR s'il était intervenu. c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par l'assuré rendent plausible une modification de son état de santé, depuis la décision de refus de prestations rendue le 15 avril 2014. Cette appréciation des affections du recourant et de sa capacité de travail ne concorde à l'évidence plus avec celle qu'avait donnée la Dresse Z. \_\_\_\_\_. Il convenait d'instruire, à tout le moins de ne pas s'en tenir aux conclusions d'une expertise antérieure à la production de nouveaux rapports médicaux motivés. A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 3 juillet 2015. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet du considérant 4b ci-dessus. Concrètement, il s'agira d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail. 5. En définitive, le recours se révèle bien-fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 29 juillet 2016. Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 3 juillet 2015 et procède à son instruction. 6. a) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI, 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 29 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud est annulée. III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour entrée en matière sur la demande de prestations déposée par I. \_\_\_\_\_ le 3 juillet 2015. IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 Philippe Nordmann, avocat (pour I. \_\_\_\_\_), ■ 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.