

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 novembre 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :     M.     Dind et Mme Feusi, assesseur  
Greffière     :     Mme    Berberat

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Wavre, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI, 87 al. 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1949, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de maçon auprès de différents employeurs, en dernier lieu pour le compte de l'entreprise [...] SA à [...].

L'assuré a déposé le 1<sup>er</sup> juin 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) sollicitant l'octroi d'une rente en précisant les éléments suivants s'agissant du genre de l'atteinte : " cancer estomac intestin novembre 2003, opération épaule droite avril 2005 et problème prostate ".

Dans un rapport médical du 30 juin 2005, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que l'intervention réalisée le 6 avril 2005 au niveau de l'épaule droite était modérément favorable sur le plan algique, tout en qualifiant la situation chirurgicale de peu prometteuse.

Dans un rapport médical du 4 juillet 2005, la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin-chef en oncologie à l'hôpital de [...], a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de GIST (gastro-intestinal stromal tumor) malin du duodénum existant depuis le 26 novembre 2003, de douleurs abdominales postopératoires invalidantes et de rupture de la coiffe des rotateurs. Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % dès novembre 2004 jusqu'à actuellement.

Dans un rapport médical du 20 juillet 2005, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de douleurs abdominales récidivantes sur status après laparotomie pour résection en bloc d'une tumeur maligne GIST avec anastomose duodéno-jéjunale termino-terminale et adhésiolyse le 26 novembre 2003 et de souffrance de l'épaule droite depuis avril 2004 avec

status après révision, ténodèse du biceps, acromioplastie et débridement large de l'épaule droite le 6 avril 2005. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a toutefois estimé que les lombalgies chroniques sur troubles statiques dégénératifs depuis 1997, de dysurie sur sclérose du col vésical depuis novembre 2003 (status après intervention endoscopique une semaine auparavant) et d'état dépressif léger depuis l'opération de novembre 2003, n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de son patient. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 23 novembre 2003 au 31 mai 2004, à 50 % du 1<sup>er</sup> au 3 juin 2004, puis à 100 % de manière continue depuis le 4 juin 2004. Au vu du problème abdominal et de l'épaule droite, le Dr X. \_\_\_\_\_ a exclu la reprise de l'activité de maçon, tout en ajoutant que l'assuré ne semblait pas capable d'apprendre une autre activité, sa compréhension étant limitée et sa motivation complètement absente.

**b)** Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale afin de pouvoir évaluer le droit de l'intéressé à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport d'expertise du 3 juillet 2006, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé d'état douloureux chronique (douleurs abdominales non-spécifiques, douleurs au niveau de l'épaule droite après intervention le 6 avril 2005, lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, dysurie d'origine indéterminée), d'obésité à prédominance abdominale et de possible dysthymie. Il a en outre signalé des troubles de la mémoire pouvant s'inscrire dans le cadre d'un trouble de l'humeur. Il a estimé que dans l'activité habituelle, la diminution de rendement était de 30 à 50 % selon l'intensité des efforts exigés, alors que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (soit une activité excluant les charges à répétition et les sollicitations répétées du tronc).

Par avis médical du 30 août 2006, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré qu'une expertise psychiatrique était nécessaire afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'intéressé.

Dans un rapport psychiatrique du 4 décembre 2007, les Drs T.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département de psychiatrie de l'hôpital G.\_\_\_\_\_, ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisode léger, sans répercussion sur la capacité de travail, probablement présent depuis 1998 et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11). Ils ont toutefois estimé que la répercussion de ce dernier diagnostic sur la capacité de travail n'était pas évaluable, en l'absence d'un suivi spécialisé. En effet, le patient avait été examiné une première fois en mars 2007 en entretien, au cours duquel il lui avait été expliqué qu'un suivi psychiatrique était nécessaire en cas de dépression. Lors du deuxième entretien en octobre 2007, il s'est avéré qu'aucune prise en charge de ce type n'avait été effectuée dans l'intervalle. Alors qu'en mars 2007, le patient se déclarait intéressé, il expliquait par la suite que son médecin n'avait pas donné suite à sa demande, ce qui n'était pas confirmé par ce dernier, le patient ayant refusé tout suivi psychiatrique. En définitive, une capacité de travail à 100 % a été retenue, l'état dépressif de l'assuré ne représentant pas une contre-indication à la reprise d'une activité. Les experts ont également annexé un rapport d'examen neuropsychologique du 31 octobre 2007 pratiqué par S.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, psychologues avec une spécialisation en neuropsychologie, qui ont conclu à l'absence de contre-indication majeure à l'exercice d'une activité professionnelle simple, automatisée et sollicitant peu les aptitudes attentionnelles et d'adaptation.

Par avis médical du 7 janvier 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que seules les limitations fonctionnelles organiques liées à l'atteinte de l'épaule empêchaient la poursuite de l'activité antérieure, mais autorisaient toutefois l'exercice d'une activité à plein temps, trois mois après l'intervention de l'épaule.

**c)** Par communication du 21 janvier 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'une orientation professionnelle

permettant de déterminer les possibilités d'une réinsertion professionnelle.

Dans un rapport final du 3 mars 2008, le Service de réadaptation de l'OAI a indiqué qu'il avait procédé à une approche théorique de gain, l'assuré s'estimant incapable de travailler en raison de ses problèmes de santé et des douleurs ressenties.

**d)** Par décision du 20 mai 2008, confirmant un projet de décision du 6 mars 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 30 septembre 2005 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé). Dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005, l'intéressé présentait, après la comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 28 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Cette décision est entrée en force.

Par communication du 10 septembre 2008, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

**B. a)** Par lettre du 25 mars 2009 adressée à l'OAI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de son patient s'était péjoré au niveau urologique et locomoteur, si bien qu'il attestait une totale incapacité de travail. L'OAI a dès lors traité le courrier précité comme une nouvelle demande.

Le 8 mai 2009, l'assuré a informé l'OAI qu'il renonçait à l'aide au placement. Par communication du 14 mai 2009, l'OAI a ainsi constaté que l'aide précitée était terminée.

Dans un rapport médical du 28 juillet 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a précisé que l'avocat de son patient l'avait contacté afin qu'il établisse un

rapport plus détaillé concernant la péjoration de la santé de son client. Ce rapport avait la teneur suivante :

" Diagnostic :

- Douleurs abdominales chroniques suite à l'ablation en bloc d'une tumeur gastro-intestinale maligne (GIST) duodénale, anastomose duodéno-jéjunale termino-terminale, adhésiolyse et jéjunostomie d'alimentation. Depuis lors le patient est en rémission.
- Problèmes mictionnels chroniques sur status après résection endoscopique de la prostate le 12.07.2005 suivi par des prostatites et une stricture urétrale nécessitant des dilatations endoscopiques 1X toutes les 4 à 6 semaines.
- Status après mise en place d'un filet pour cure d'éventration péri-ombilicale sur la cicatrice de laparotomie médiane le 14.09.2006.
- Status après cure chirurgicale de l'hernie inguinale droite le 03.05.2007.
- Syndrome du tunnel carpien sensitif et moteur bilatéral poignet main gauche confirmé par EMG le 05.12.2008.
- Douleurs chroniques à l'épaule et status après révision de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 06.04.2005.
- Gonalgie droite dans le cadre d'une arthrose.
- Lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques.
- Obésité.

Le patient se plaint principalement de douleurs abdominales malgré la bonne évolution de sa tumeur maligne opérée. Les CT scan abdominaux et une coloscopie effectués le 23.10.2008 sont dans la norme.

Le patient a eu une résection endoscopique à 3 reprises à cause d'un problème de prostate et de surinfection. Actuellement il est souvent gêné par des problèmes mictionnels nécessitant une dilatation par ballonnet toutes les 4 à 6 semaines chez l'urologue.

Le patient se plaint des symptômes au niveau des tunnels carpiens qui nécessiteront probablement une sanction chirurgicale dans un proche avenir.

Les lombalgies, les douleurs aux épaules et les gonalgies le font souffrir et contribuent à son état général qu'il faut considérer de médiocre. Il me semble qu'il est justifié de reconsidérer son taux d'invalidité éventuellement par une nouvelle expertise ".

Par avis médical du 11 septembre 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que dans son rapport médical du 28 juillet 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ rappelait des diagnostics déjà connus. Le seul élément nouveau était un syndrome du tunnel carpien bilatéral susceptible d'être

opéré dans un proche avenir. Cette pathologie ne justifiait pas d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a dès lors conclu que les éléments communiqués par le Dr X. \_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à modifier sa position.

**b)** Par décision du 5 octobre 2010 confirmant un projet de décision du 26 août 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré identique n'était pas envisageable.

**C. a)** Par acte de son mandataire du 10 novembre 2010, O. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision précitée. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, préalablement à l'admission du recours, à la remise de l'intégralité de son dossier AI, à l'octroi d'un délai pour compléter son mémoire de recours et déposer un mémoire ampliatif, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à l'octroi de l'assistance judiciaire provisoire, ainsi qu'à la fixation d'un délai pour déposer une demande d'assistance judiciaire auprès du Bureau compétent. Le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé depuis mai 2008, un certain nombre de pathologies étant apparues, en se référant au rapport médical du 28 juillet 2009 du Dr X. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, l'intimé aurait dû le soumettre à une nouvelle expertise afin d'évaluer l'incidence de ces nouvelles pathologies sur le taux d'invalidité. Il est d'avis qu'un rapport médical établi par le Dr N. \_\_\_\_\_, urologue FMH, étayera vraisemblablement plus avant encore la péjoration de son état de santé.

**b)** Par décision du 10 décembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 10 novembre 2010 et désigné Me Wavre en qualité d'avocat d'office.

**c)** Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'intimé a constaté que le Dr X.\_\_\_\_\_ ne faisait que rappeler, dans ses rapports médicaux des 25 mars et 28 juillet 2009, les diagnostics et les limitations fonctionnelles déjà connus. Le seul élément nouveau était un syndrome du tunnel carpien bilatéral, lequel ne pouvait justifier une incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée. Dans son expertise du 3 juillet 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait déjà largement tenu compte des limitations fonctionnelles au niveau des membres supérieurs. L'intimé a également relevé que le Dr X.\_\_\_\_\_ n'indiquait aucunement en quoi l'état de santé de son patient se serait aggravé au point d'avoir une influence sur sa capacité de travail, alors qu'il attestait dans son rapport médical du 20 juillet 2005, une incapacité totale de travail. Dès lors, l'intimé a conclu au rejet du recours considérant avoir refusé à juste titre d'entrer en matière sur la seconde demande de rente de l'assuré.

**d)** Dans sa réplique du 30 mai 2011, le recourant a confirmé les conclusions prises dans le cadre de son recours. Il a notamment sollicité qu'un délai convenable lui soit imparti afin de produire le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_.

**e)** Dans sa duplique du 20 juin 2011, l'intimé a relevé que le rapport demandé au Dr N.\_\_\_\_\_ ne serait vraisemblablement d'aucun secours au recourant, ce document ayant été demandé à ce praticien en date du 8 novembre 2010, soit postérieurement à la décision querellée. L'intimé a confirmé pour le surplus ses conclusions.

**f)** Dans sa détermination du 16 août 2011, le recourant, se référant au rapport médical du 28 juillet 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_, a estimé avoir démontré que son état de santé s'était péjoré depuis le 30 septembre 2005, soit après la fin du droit à la rente limitée dans le temps. La péjoration de son état de santé était notamment due à la chronicité de ses affections et douleurs et il ne voyait pas comment il pouvait la rendre plus vraisemblable.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 10 novembre 2010 par O. \_\_\_\_\_ contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 5 octobre 2010 par l'intimé de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

**2.** En l'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations le 1<sup>er</sup> juin 2005 en raison d'un cancer (estomac et intestin ; intervention en novembre 2003), d'une atteinte à l'épaule droite (opération en avril 2005) et d'un problème au niveau de la prostate. Par décision du 20 mai 2008 entrée en force, une rente entière d'invalidité lui a été octroyée pour la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 30 septembre 2005. Dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005, l'intéressé présentait, après la comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 28 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Dans la présente procédure, le recourant conteste le refus de l'intimé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, introduite par courrier du 25 mars 2009 du Dr X. \_\_\_\_\_ à l'OAI. Dans ces circonstances, il convient uniquement de déterminer si le recourant a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'art. 6 al. 2 LPGA précisant qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

**b)** Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ainsi, 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir 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]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

**4. a)** En l'occurrence, dans le cadre du dépôt de sa deuxième demande de prestations, le recourant a produit deux avis médicaux des 25 mars et 28 juillet 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_. L'assuré n'ignorait pas qu'il lui incombait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée, dès lors que son médecin traitant indiquait dans son rapport médical du 28 juillet 2009 que Me Wavre l'avait contacté afin d'établir un rapport plus détaillé concernant la péjoration de l'état de santé de son patient.

Il n'appert toutefois pas des rapports précités que la capacité de travail de l'intéressé se trouve affectée dans une mesure propre à influencer ses droits 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. Ainsi, le rapport du 25 mars 2009 ne contient ni diagnostic, ni appréciation détaillée concernant la nature des atteintes à la santé justifiant une totale incapacité de travail, seule une péjoration aux niveaux urologique et locomoteur étant signalée.

Dans son rapport du 28 juillet 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ a rappelé des diagnostics connus qui avaient déjà été pris en compte lors de l'expertise du 3 juillet 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_, mise à part un syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui ne saurait justifier d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée (avis médical du SMR du 11 septembre 2009). Le Dr J.\_\_\_\_\_ avait en effet mis en évidence des douleurs abdominales liées à une intervention du 26 novembre 2003, des douleurs de l'épaule droite (opération du 6 avril 2005), des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, des problèmes mictionnels chroniques, ainsi que quelques douleurs au niveau des genoux et des chevilles, plus marquées à droite qu'à gauche chez un patient présentant une obésité. Il avait toutefois conclu à une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, considérant que la présence d'un état douloureux chronique était insuffisamment expliquée par les diagnostics retenus. L'expertise psychiatrique réalisée par les Drs T.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de pathologie psychiatrique représentant une contre-indication

majeure à une reprise du travail (rapport du 4 décembre 2007). Les experts ont ainsi considéré que le pronostic était en faveur d'une chronicité de cet état, constatant toutefois que le patient ne souhaitait pas une prise en charge psychiatrique.

En réalité, dans son rapport médical du 28 juillet 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est clairement référé à la situation globale physique de son patient pour justifier la nécessité d'une expertise, faisant essentiellement état des plaintes subjectives de son patient, sans toutefois poser de diagnostic psychiatrique. Or, le praticien précité n'a pas été en mesure de rendre plausible que le tableau douloureux présenté par son patient relevait d'une pathologie objectivable sur le plan somatique. Au contraire, le Dr X.\_\_\_\_\_ a semblé conclure à un syndrome douloureux sans étiologie claire. Or, en l'absence d'une affection psychique, comme c'est le cas en l'espèce, un tel trouble ne saurait entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (dans ce sens ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

**b)** Enfin, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'assuré tendant à la fixation d'un délai permettant la production d'un rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_. En effet, un tel rapport ne pourrait être pris en considération dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il aurait été établi ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 3.2). Il n'y a par ailleurs pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise (cf. consid. 3b supra).

**c)** En définitive, à défaut d'éléments objectivement vérifiables attestant de la gravité de l'atteinte physique affectant le recourant et de

son influence sur la capacité de travail, il sied de retenir que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable une aggravation de l'invalidité ou de l'étendue du besoin de soins en découlant qui se serait modifiée de manière à influencer ses droits, soit à lui ouvrir le droit à une rente AI en vertu de l'échelonnement prévu à l'art. 28 al. 2 LAI.

Partant, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder au complément d'instruction requis par le recourant.

**5. a)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

**b)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA)

**c)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Wavre à compter du 10 novembre 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1'148 fr. 05 (dont 41 fr. 05 de TVA à 7.6 % et 42 fr. de TVA à 8 %) à titre d'honoraires. L'indemnité de Me Jean-Pierre Wavre est fixée à 1'148 fr. 05, TVA comprise (cf. art 2 RAJ).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Wavre, conseil du recourant, est arrêtée à 1'148 fr. 05 (mille cent quarante huit francs et cinq centimes) (TVA comprise).

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Wavre (pour le recourant), à Genève,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :