

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} décembre 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean Jacques Schwaab,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, a travaillé du 1^{er} juillet 2000 au 30 septembre 2001 en qualité d'employé au tri [...] auprès de K. _____ à [...]. Le 11 octobre 2001, il a été victime d'un accident de la circulation occasionnant une fracture du cotyle droit, une disjonction de la symphyse pubienne, des contusions ainsi qu'un pneumothorax minime bilatéral. Conduit au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier R. _____), l'assuré y a subi une ostéosynthèse par voie ilio-inguinale et voie postérieure de la fracture du cotyle droit le 24 octobre 2001, avant de quitter cet établissement le 6 novembre 2001 (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier R. _____ du 13 novembre 2001).

b) Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par rapport médical intermédiaire du 8 janvier 2002, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de fracture gravissime du cotyle droit ; il a également mentionné la présence d'une hypoesthésie de la racine de la cuisse liée à une atteinte du nerf musculo-cutané lors de la voie ilio-inguinale étendue. Dans un constat du 19 avril 2002 adressé à un confrère de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique W. _____), le Dr T. _____ a indiqué qu'il ne comprenait pas pourquoi l'assuré restait si dolent avec un résultat fonctionnel aussi mauvais, un séjour en milieu de rééducation avec évaluation pluridisciplinaire étant préconisé. Aux termes d'une correspondance du 29 mai 2002 destinée au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr T. _____ a par ailleurs expliqué que l'assuré signalait toujours des douleurs de la fesse, qu'il ne pouvait pas appuyer complètement ; il arrivait à marcher quelques pas avec une boiterie de Duchenne sans canne et se déplaçait moyennement bien avec une seule canne dans la main gauche, étant précisé qu'il marchait probablement le plus souvent avec deux cannes. Le Dr T. _____ a ajouté que le quadriceps fonctionnait normalement et que, radiologiquement, le matériel d'ostéosynthèse était

en place. Cela étant, ce médecin a souligné qu'il ne comprenait pas pourquoi le patient n'arrivait pas à charger plus.

L'assuré a séjourné à la Clinique W._____ du 19 juin au 26 juillet 2002. A teneur d'un rapport du 20 septembre 2002 établi à l'issue de ce séjour, les Drs S._____ et B._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au Service de réadaptation générale de la Clinique W._____, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de douleurs résiduelles du bassin, d'ostéosynthèse par voie ilio-inguinale et postérieure d'une fracture en T transthécale du cotyle droit en octobre 2001 (Z 96.7), de trouble dépressif majeur (F 32.9) et d'état de stress post-traumatique. Ils ont également fait état de comorbidités sous la forme d'hypertension artérielle traitée, d'obésité et de folliculite du cuir chevelu. Ils ont retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 19 juin 2002 au 30 septembre 2002, date à laquelle elle devait être réévaluée, la situation médicale n'étant pas stabilisée. Constatant qu'il s'était avéré impossible de sevrer l'assuré de ses cannes, les médecins de la Clinique W._____ ont ajouté que les importantes douleurs présentées par ce dernier étaient difficilement explicables par la fracture du cotyle bien consolidée, étant précisé que le matériel d'ostéosynthèse pouvait jouer un certain rôle dans les douleurs décrites. En annexe à ce compte-rendu, figurait un rapport de consilium psychiatrique du 26 juin 2002 établi par le Dr X._____, médecin-chef du Service de psychosomatique, expliquant que l'assuré, apparemment sans antécédent psychiatrique, présentait à l'heure actuelle un tableau rejoignant les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (avec des intrusions, des conduites d'évitement, une impression d'avenir bouché et une détresse intense lorsque l'événement traumatique était abordé), que ce trouble était accompagné d'une comorbidité sous forme d'un état dépressif majeur (idée de ruine, d'insuffisance principalement) et que le tout justifiait un traitement.

Dans un rapport adressé à la CNA également le 20 septembre 2002, le Dr T._____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable,

le patient marchant sans canne dans la main opposée à la lésion. La radiographie montrait un cotyle consolidé, sans signe de nécrose évident. Dans ces conditions, le Dr T._____ a fixé une reprise à 100% dès le 31 octobre 2002 pour raisons orthopédiques, tout en considérant que l'assuré devait être considéré comme apte au travail à 50% dans une activité adaptée et légère. Il a finalement observé que la situation pouvait évoluer vers une coxarthrose post-traumatique.

c) Dans l'intervalle, soit en date du 29 août 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente et motivée comme suit : « *hanche et bassin cassés* ».

Par rapport du 19 septembre 2002, le Dr D._____, médecin généraliste traitant, a signalé une légère amélioration sur le plan orthopédique, avec par contre la persistance d'un état de stress post-traumatique avec état anxio-dépressif majeur. Il a fait mention d'une entière incapacité de travail du 11 octobre 2001 jusqu'à la fin octobre 2002 et évoqué une éventuelle reprise à 50% dès le 1^{er} novembre 2002 dans un travail adapté - renvoyant sur ce point à l'évaluation du Dr T._____. Sur le plan psychiatrique, le pronostic restait réservé.

Dans un rapport du 20 septembre 2002, le Dr T._____ a posé le diagnostic incapacitant de fracture du cotyle consolidée sans signe de nécrose avec possibilité de marche avec une petite canne dans la main gauche à l'extérieur, sans canne à l'intérieur. Il a estimé que l'assuré devrait au mieux bénéficier d'une demi-rente et travailler à 50% avec alternance de positions assise et debout et des travaux légers avec port de charges inférieures à 15 kg. Il a ajouté qu'éventuellement avec l'aide d'une rente transitoire et une reconversion professionnelle, on pouvait même envisager d'ici six mois la reprise d'une activité professionnelle lucrative évitant tout besoin de rente AI. Un complément d'avis psychiatrique lui paraissait cependant justifié.

Aux termes d'un rapport du 23 octobre 2002, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique et d'épisode dépressif majeur sévère. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 11 octobre 2001 pour une durée indéterminée.

d) Sur le plan de l'assurance-accidents, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu son rapport d'examen final le 16 octobre 2002. Il a expliqué qu'à l'examen clinique, sans canne, la marche s'effectuait avec une boiterie d'épargne du membre inférieur droit assez marquée mais demeurait quand même tout à fait possible et relativement aisée. Il a ajouté qu'objectivement la mobilité de la hanche droite était bien récupérée et que le tonus comme la force musculaire semblaient également bien restaurés. Il a relevé qu'une atteinte du nerf fémoro-cutané était possible mais n'expliquait en rien les douleurs invalidantes. Pour ne rien laisser dans l'ombre, il a encore préconisé un examen auprès du Dr Z._____, neurologue. Cela étant, sous l'angle orthopédique, le Dr F._____ a estimé que l'assuré était assez bien remis même si l'évolution vers une coxarthrose droite était assez probable. Ce médecin a en revanche observé qu'un trouble invalidant induit par l'accident occupait manifestement le devant de la scène et qu'en l'état actuel des choses, des mesures de réadaptation professionnelle ne pouvaient pas être mises en œuvre. Du point de vue médico-théorique et sur le plan somatique, il n'en restait pas moins que l'assuré pouvait travailler en plein dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées.

Par rapport du 29 octobre 2002, le Dr Z._____ a noté un discret syndrome lombo-vertébral, sans évidence pour une atteinte radiculaire déficitaire au niveau des membres inférieurs, ainsi qu'une symptomatologie évocatrice d'une méralgie paresthésique à droite. Il a ajouté qu'il y avait probablement eu des phénomènes d'étirement susceptibles d'expliquer ces phénomènes électrisants et douloureux.

Par correspondance du 13 janvier 2003, la CNA a informé l'assuré qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2003. Par décision du 25 février 2003, confirmée sur opposition le 12 août 2003, l'assureur-accidents a alloué à l'intéressé une rente d'invalidité de 23% dès le 1^{er} mars 2003, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,50%.

e) Dans un rapport d'examen du 21 mars 2003, le Dr N._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que si la capacité résiduelle de travail se situait entre 50 et 100% dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, les problèmes psychiatriques justifiaient en revanche une incapacité de travail totale dans toute activité, comme évoqué par le Dr X._____ dans son rapport du 26 juin 2002. Le Dr N._____ a toutefois souligné que, selon le Dr C._____, l'état de santé était susceptible de s'améliorer grâce au traitement médical et que, par définition, le syndrome de stress post-traumatique et l'épisode dépressif devraient être limités dans le temps. Aussi ce médecin a-t-il préconisé une révision à relativement court terme, avec une réévaluation des aspects ostéoarticulaire et psychiatrique.

Par décision du 7 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} octobre 2002.

B. a) Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été engagée en avril 2005. Dans ce contexte, l'assuré a complété un questionnaire pour la révision de la rente le 19 avril 2005, indiquant notamment que son état de santé était toujours le même.

Par rapport du 26 juillet 2005, le Dr D._____ a signalé des diagnostics se répercutant sur la capacité de travail sous forme de status quatre ans après ostéosynthèse par voie ilio-inguinale et voie postérieure d'une fracture en T transtéchale du cotyle droit, ainsi que de troubles dépressifs majeurs secondaires avec état de stress post-traumatique. Il a

précisé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que l'incapacité de travail demeurait totale.

Le 11 mai 2007, l'assuré a été convoqué au SMR, où il a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et rééducation, et la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 17 juillet suivant, ces derniers ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de status post fracture complexe du cotyle, avec suspicion d'instabilité de la symphyse pubienne, arthrose sacro-iliaque droite (S 32.4), de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie étagée, troubles dégénératifs postérieurs, de status après épisode dépressif d'intensité sévère en rémission (F 33.4) et de status après syndrome de stress post-traumatique, en rémission (F 62.0). L'évolution somatique était décrite comme stationnaire, la capacité de travail exigible étant déterminée par la tolérance de la hanche droite et du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Ainsi, l'exigibilité était de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles au niveau de la hanche droite (« *travail accroupi ou à genoux, marche au-delà de 500 mètres sans s'arrêter, montée/descente répétée d'escaliers ; station debout prolongée au-delà de 30 minutes* ») et du rachis lombaire (« *mouvements répétés de flexion/extension, port de charge au-delà de 10 kg, attitude en porte-à-faux du tronc. Position statique debout au-delà de 30 minutes* »). Les Drs H._____ et M._____ ont également observé ce qui suit :

" [...] L'assuré présente une amplification des symptômes, il existe une discordance entre les allégations de l'assuré et l'atteinte du système ostéo-articulaire objectivable. M. A._____ n'a pas de complication majeure dans les suites de la fracture du cotyle, la consolidation est considérée comme bonne, la boiterie à la marche fluctue ; [...]. Il n'y a pas d'amyotrophie importante de non-utilisation. Le status post ostéosynthèse du cotyle ne contre-indique pas un travail léger alternant les positions assis[e] et debout.

Sur le plan strictement psychiatrique, l'exigibilité est totale dans toute activité. Etant donné que l'assuré n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2003, ce qui est bien congruent avec l'amélioration de son état de santé, l'appréciation du médecin traitant, le Dr D._____, en date du 26.07.05, qui met en évidence un état de santé stationnaire sur le plan psychiatrique, ne peut être

pris[e] en compte puisque ce médecin n'a pas décrit les critères diagnostiques des deux pathologi[e]s psychiatriques dont souffrait l'assuré suite à son accident.

A relever qu'il s'agit d'une appréciation médico-théorique ; au vu de l'amplification des symptômes et de la faible motivation actuelles de l'assuré, les mesures d'ordre professionnel ont peu de chances de succès, mais pour des raisons non médicales.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE D'EMPLOYÉ DANS LE TRI POSTAL : 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100%

DEPUIS : PRINTEMPS 2003 DATE D'AMELIORATION DES TROUBLES THYMIQUES"

Le 28 mars 2008, l'OAI a rendu un projet de décision envisageant de supprimer la rente d'invalidité de l'assuré. Reprenant les conclusions du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 17 juillet 2007, l'office en a déduit une perte de gain - calculée sur la base d'un revenu de valide de 55'658 fr. et d'un revenu d'invalidé de 52'025 fr. 55 - de 3'632 fr. 45, correspondant à un degré d'invalidité de 6,5% insuffisant pour maintenir le droit à la rente. Aussi ce droit devait-il être supprimé dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Dans un compte-rendu du 8 avril 2008 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a indiqué que le préavis susmentionné ne tenait pas du tout compte de l'état de santé de l'assuré, lequel présentait des difficultés sur le plan moteur (boiterie, marche avec canne avec douleurs persistantes), des troubles dépressifs majeurs avec un état de stress post-traumatique et une hypertension artérielle compensée.

Par décision du 7 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet précité.

b) Le 5 juin 2008, A._____ a déféré l'affaire devant le Tribunal cantonal des assurances (actuellement la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal).

Dans le cadre de cette procédure, le prénommé a notamment produit un rapport du 16 mars 2009 rédigé par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, mentionnant un syndrome douloureux chronique

certainement lié à plusieurs facteurs physiques et psycho-sociaux entretenus par un état dépressif avec dépréciation et conflit assécurologique ; il existait toutefois indéniablement des signes d'irritation radiculaire surtout S1 bilatérale. L'intéressé a également versé au dossier un certificat médical établi par le Dr D._____ le 2 octobre 2009, signalant des douleurs importantes entraînant une boiterie nécessitant l'usage d'une canne pour marcher, ainsi qu'une attestation du 27 octobre 2009 émanant de la psychologue L._____, évoquant un état dépressif et anxieux manifeste, avec une souffrance constante et désormais chronique.

Statuant le 17 novembre 2010 (AI 301/08 - 454/2010), la juridiction cantonale a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 7 mai 2008. Sous l'angle psychique, il fallait admettre que l'état de santé de l'intéressé s'était notablement amélioré depuis la communication du 7 avril 2003, la Dresse M._____ concluant au demeurant à une guérison, au sens de la LAI, de l'atteinte invalidante à la santé psychiatrique (cf. CASSO AI 301/08 - 454/2010 précité consid. 6a). Au niveau physique, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne pouvant justifier une invalidité entière ou partielle, il apparaissait qu'aucun élément ne contre-indiquait l'exercice d'un travail léger, c'est-à-dire adapté aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr H._____ (cf. ibid. consid. 6b). Considérant qu'il y avait dès lors lieu d'accorder une pleine valeur probante au rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 17 juillet 2007, la juridiction cantonale a conclu que l'assuré ne pouvait certes plus exercer son activité habituelle d'employé au tri postal mais qu'il disposait en revanche d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, l'appréciation du Dr P._____ ne remettant pas cela en cause (cf. ibid. consid. 6c). Enfin, eu égard aux circonstances du cas particulier, l'intéressé était pleinement en mesure de mettre en œuvre sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ibid., consid. 7).

L'assuré n'a pas contesté cet arrêt.

C. **a)** Par acte de son mandataire du 16 mars 2011, A._____ a invité l'OAI à réévaluer sa situation, faisant valoir que son état de santé physique et psychique s'était dégradé dans sa globalité depuis la suppression de sa rente d'invalidité. Il a joint à son écriture les documents suivants :

- le rapport précité du Dr P._____ du 16 mars 2009 ;

- un nouveau compte-rendu établi par ce même médecin le 14 décembre 2010, exposant que l'évaluation neurologique chez l'assuré ne montrait pas de modifications nettes par rapport à l'évaluation du mois de mars 2009 et que l'on se trouvait *a priori* en présence d'un syndrome douloureux chronique dont l'approche thérapeutique restait difficile, indissociable de l'état dépressif, dans un contexte assécurologique difficile ;

- un certificat médical rédigé par le Dr D._____ le 2 février 2011, indiquant que l'intéressé souffrait d'importantes douleurs post-traumatiques, invalidantes (la marche s'effectuant avec une canne) et entraînant une réaction dépressive ;

- une attestation de la psychologue L._____ du 7 février 2011, dont il ressortait que la situation de l'assuré restait très difficile tant le plan somatique, en raison de la permanence de la douleur, qu'au plan moral, l'intéressé vivant toujours très mal le retrait de sa rente AI, ressenti comme une injustice.

Ces documents ont été portés à la connaissance du SMR en vue de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'était modifié depuis la décision du 7 mai 2008. Dans un avis du 11 mai 2011, le Dr N._____ a considéré que les pièces en question n'apportaient aucun élément nouveau susceptible d'altérer la position de ce service. En effet, le rapport du Dr P._____ du 16 mars 2009 ne se prononçait pas sur la capacité de travail ni sur l'exigibilité ; il ne notait pas non plus d'aggravation mais parlait de persistance. Quant au rapport de ce même médecin du 14

décembre 2010, il signalait un examen neurologique superposable à celui de mars 2009. Enfin, l'attestation de la psychologue L._____ établissait que l'assuré ressentait comme une injustice le retrait de sa rente ; or, outre le fait qu'il ne s'agissait pas d'un document médical, la contrariété éprouvée après le retrait de la rente n'avait pas valeur de maladie.

b) Par décision du 27 juin 2011, confirmant un projet de décision du 16 mai 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modifications vraisemblables des conditions de fait depuis la dernière décision.

Aucun recours n'a été déposé contre cette décision.

D. **a)** Par écriture du 3 juin 2013 rédigée par son nouveau mandataire, A._____ a sollicité la révision [sic] de la décision du 27 juin 2011 refusant d'entrer en matière sur une nouvelle demande d'octroi de prestations. A l'appui de sa requête, il s'est référé aux pièces suivantes :

- un rapport du 4 mars 2013 du Dr D._____, exposant ce qui suit :

"Suite à son accident, le patient présente des séquelles sous form[e] de boiterie accompagnée d'importantes douleurs lombaires et dans la hanche droite qui nécessitent la poursuite d'un traitement. En raison des conséquences importantes sur le plan psychique, M. A._____ est suivi par le Dr J._____ à [...].

En raison de ses problèmes somatiques, je pense que ce patient a une capacité de travail très réduite mais ce qui me semble le plus importants actuellement c'est la péjoration sur le plan de son état psychique avec une dépression marquée.

Il me paraît donc justifié de faire une nouvelle demande AI et je pense qu'une expertise pluridisciplinaire paraît nécessaire."

- un rapport du 22 mai 2013 établi par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant ce qui suit :

"Le patient susnommé a été vu à quatre reprises à ma consultation, en vue d'une évaluation psychiatrique.

Après l'accident de voiture dont il a été victime en octobre 2001, le patient a clairement présenté un trouble post-traumatique durant plusieurs années.

Actuellement, Monsieur A._____ souffre manifestement d'un syndrome dépressif moyen à sévère, avec symptômes somatiques. Les souffrances ont de toute évidence un caractère chronique & figé, avec des troubles fonctionnels persistant & envahissant la plupart des activités quotidiennes.

Si le constat de la Dresse M._____ notait en 2007 une absence de trouble dépressif, ce trouble est évident aujourd'hui. De pa[r] le caractère chronique du dit trouble, ce dernier est apparu par la suite et s'est progressivement aggravé depuis au moins deux à trois ans. Ce syndrome dépressif chronique avec des troubles fonctionnels graves est persistant, malgré un suivi psychothérapeutique régulier & une médication psychotrope antidépressive adéquate.

Il est évident que l'importance des troubles fonctionnels, entravant la plupart des activités de la vie quotidienne, entra[î]ne une incapacité de travail à 100% même dans une activité adaptée. Cette incapacité doit au minimum être présente depuis 2010."

Par avis médical du 24 septembre 2013, le Dr G._____, du SMR, a considéré qu'aucun de deux documents ci-dessus ne permettait de conclure à une aggravation et d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Concernant l'appréciation émise le 22 mai 2013 par le Dr J._____, le médecin du SMR a relevé que le trouble dépressif chronique observé par celui-ci était expliqué en huit lignes, qu'il n'y avait pas de monitoring malgré un traitement antidépresseur adéquat, qu'aucun status psychiatrique n'était décrit ni aucune classification de la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) avec les détails cliniques, et qu'aucune appréciation démonstrative ne venait étayer les dires de ce psychiatre. Cela étant, le Dr G._____ a retenu que l'argumentation de ce dernier médecin n'était pas convaincante, cela d'autant moins qu'au regard de la chronicité évoquée, il aurait alors fallu parler d'un trouble dépressif récurrent, auquel cas on aurait eu des épisodes avant 2007. S'agissant de l'avis du 4 mars 2013 du Dr D._____, le Dr G._____ a relevé que les troubles évoqués avaient été pris en considération lors de l'examen SMR de 2007 et que, pour le surplus, le médecin traitant avait tenu des propos superposables dans son certificat du 2 octobre 2009, qui avait néanmoins été écarté par la juridiction cantonale.

b) En date du 25 septembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 3 juin 2013. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 7 mai 2008.

L'assuré a contesté ce projet le 8 octobre 2013, sous la plume de son avocat, reprochant à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des éléments apportés à l'appui de sa nouvelle demande du 3 juin 2013.

c) Par décision du 4 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 septembre 2013, dont il a repris la motivation.

E. a) Agissant par l'entremise de son conseil, A. _____ a recouru le 9 décembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer son degré d'incapacité de travail et son droit à des prestations de l'AI. Il sollicite préalablement le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant se prévaut essentiellement du rapport du 22 mai 2013 du Dr J. _____, dont il ressort en particulier qu'un traitement psychiatrique est actuellement en cours, alors que tel n'était pas le cas en 2007 - élément sur lequel la suppression de la rente était précisément fondée. Dans ces conditions, l'assuré estime qu'il incombait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, voire une expertise pluridisciplinaire tenant compte de l'état de santé psychique et physique.

A l'appui de ses dires, le recourant produit notamment un certificat médical du Dr D. _____ du 25 novembre 2013, constatant l'absence de modification sur le plan physique depuis « l'ancienne demande », faisant en revanche mention d'une aggravation sur le plan psychique - le patient étant suivi par le Dr J. _____ pour cette péjoration - et attestant une incapacité de travail de 100% pour une période indéfinie.

En date du 10 décembre 2013, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 9 décembre 2013, et désigné son mandataire, Me Jean Jacques Schwaab, en tant qu'avocat d'office

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 16 janvier 2014. Il souligne pour l'essentiel que, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations AI, l'assuré n'a apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits.

c) Répliquant le 3 février 2014, le recourant confirme ses précédents motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) 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'AI (cf. art. 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 en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 3 juin 2013.

3. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), 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. L'art. 87 al. 3 RAI (également dans sa teneur au 1^{er} janvier 2012) prévoit que 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.

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent 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 (cf. 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). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. 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 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 (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI ; cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 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] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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. 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force 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, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de juin 2013, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) A titre préalable, on relèvera que le certificat du Dr D. _____ du 25 novembre 2013 ne peut être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au stade de la procédure ouverte césans,

soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 3b supra).

On rappellera également que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3b supra) et que dès lors, dans un tel contexte, la juridiction cantonale n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale, ni - contrairement à l'opinion du recourant (cf. recours du 9 décembre 2013 p. 2) - à renvoyer la cause l'administration en vue d'une telle instruction ; il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) Sur le plan physique, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 3 juin 2013, l'assuré a produit un rapport du Dr D._____ du 4 mars 2013 signalant une boiterie accompagnée d'importantes douleurs au niveau lombaire ainsi qu'au niveau de la hanche droite suite à l'accident subi, ces troubles nécessitant une poursuite du traitement et ayant pour corollaire une capacité de travail très réduite selon le médecin traitant. Ce faisant, le Dr D._____ s'est toutefois contenté de mentionner des séquelles accidentelles déjà connues, qui ne sont en aucun cas synonymes d'une évolution significative de l'état de santé du recourant.

A cet égard, il faut souligner que la boiterie comme les douleurs ostéoarticulaires susmentionnées ont pu être constatées par l'essentiel des médecins somaticiens interpellés lors des précédentes procédures AI dont l'assuré a fait l'objet (soit, entre autres, le Dr T._____ [cf. notamment rapport du 29 mai 2002], les médecins de la Clinique W._____ [cf. rapport du 20 septembre 2002], le Dr F._____ de la CNA [cf. rapport d'examen final du 16 octobre 2002], le Dr H._____ du SMR [cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007], le Dr D._____ lui-même [cf. notamment rapports des 8 avril 2008, 2 octobre 2009 et 2 février 2011] ou le Dr P._____ [cf. rapports des 16 mars 2009 et 14

décembre 2010]). Elles n'ont donc rien de nouveau et ne traduisent, en particulier, aucune aggravation de l'état de santé physique du recourant.

Cela dit, il convient plus particulièrement de se référer à l'appréciation du Dr H._____ du SMR, sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre la décision de suppression de rente du 7 mai 2008 - suivi en cela par la juridiction cantonale (cf. let. B supra ; cf. CASSO AI 301/08-454/2010 du 17 novembre 2010 spéc. consid. 6b et 6c) - mais également, bien que de manière implicite, pour prononcer la décision de refus d'entrée en matière du 27 juin 2011 entérinant une situation demeurée inchangée depuis mai 2008. Ainsi, à l'issue de l'examen clinique effectué en mai 2007 au SMR, le Dr H._____ a retenu des diagnostics incapacitants affectant la hanche droite et le rachis lombaire, induisant des limitations fonctionnelles distinctes à ces deux niveaux, dans un contexte d'amplification des symptômes avec, notamment, une boiterie à la marche qui fluctuait. Pour ce médecin, les troubles somatiques constatés n'en étaient pas moins compatibles avec la mise en valeur d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007 p. 7 et 9 s.). En l'état, on ne voit pas en quoi l'appréciation du Dr H._____ pourrait être mise en doute par le rapport du Dr D._____ du 4 mars 2013. Loin de démontrer une quelconque modification de l'état de santé physique du recourant, son médecin traitant se contente en effet de prendre le contre-pied de l'avis du Dr H._____ en concluant à une capacité de travail très réduite au regard d'une symptomatologie ostéoarticulaire restée inaltérée - position essentiellement superposable à celle qu'il avait déjà défendue dans de précédents comptes-rendus (cf. en particulier rapports des 8 avril 2008, 2 octobre 2009 et 2 février 2011) sans pour autant emporter la conviction ; tout au plus relèvera-t-on que ce dernier point tend, à plus forte raison, à asseoir l'absence d'évolution des troubles physiques du recourant (celle-ci ayant au demeurant été expressément confirmée par le Dr D._____ dans son rapport du 25 novembre 2013, qui ne peut certes pas être formellement pris en compte dans la présente affaire puisque postérieur à la décision litigieuse [cf. consid. 4a supra]). Pour le reste, il n'y a pas lieu de s'arrêter sur la poursuite du traitement évoquée par le Dr D._____

dans son rapport du 4 mars 2013, ce dernier s'étant abstenu de fournir le moindre détail sur le sujet. Il apparaît en définitive que ce médecin n'a apporté aucun élément objectif nouveau mais a simplement réitéré une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Le recourant n'a du reste jamais soutenu le contraire devant la Cour de céans.

c) Sous l'angle psychique, la nouvelle demande de prestations introduite le 3 juin 2013 repose, d'une part, sur le rapport précité du Dr D. _____ du 4 mars 2013 et, d'autre part, sur un rapport rédigé le 22 mai 2013 par le Dr J. _____. S'agissant du Dr D. _____, il a souligné que l'élément le plus important pour lui était à l'heure actuelle la péjoration de l'état de santé psychique avec une dépression marquée, l'assuré étant suivi par « le Dr J. _____ à [...] » en raison des « *conséquences importantes sur le plan psychique* ». Quant au Dr J. _____, il a précisé avoir examiné le recourant à quatre reprises, en vue d'une évaluation psychiatrique. Il a expliqué que l'intéressé, qui avait présenté un trouble post-traumatique durant plusieurs années suite à son accident d'octobre 2001, souffrait actuellement d'un syndrome dépressif moyen à sévère, avec symptômes somatiques, les souffrances ayant de toute évidence un caractère chronique et figé, avec des troubles fonctionnels persistants dans la plupart des activités quotidiennes. Il a ajouté que, si la Dresse M. _____ avait conclu en 2007 à l'absence de trouble dépressif, une telle affection était désormais évidente ; ce trouble, de par son caractère chronique, était apparu par la suite et s'était progressivement aggravé depuis deux à trois ans. En outre, nonobstant un suivi psychothérapeutique régulier et une médication psychotrope antidépressive adéquate, ce syndrome dépressif chronique avec des troubles fonctionnels graves était persistant. Pour le Dr J. _____, l'importance des troubles fonctionnels induisait une incapacité de travail de 100% même dans une activité adaptée, au minimum depuis 2010.

Il convient tout d'abord de relativiser l'avis du Dr D._____, lequel ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie - comme cela avait déjà été souligné dans l'arrêt cantonal de 17 novembre 2010 (cf. CASSO AI 301/08-454/2010 précité consid. 6a). A cela s'ajoute que ce praticien s'est contenté d'affirmer que l'état de santé psychique du recourant s'était péjoré avec une dépression marquée, sans fournir d'indication objective susceptible d'étayer une telle évolution. Dans ces conditions, les assertions nullement motivées du médecin généraliste traitant concernant la santé psychique de l'assuré ne sauraient être considérées comme convaincantes.

Cela dit, dans son rapport du 4 mars 2013 (comme dans celui du 25 novembre 2013, postérieur à la décision entreprise [cf. consid. 4a supra]), le Dr D._____ a mentionné que le recourant était suivi par le Dr J._____ pour ses problèmes psychiques. A la lecture du compte-rendu du 22 mai 2013, on constate toutefois que l'assuré n'a été reçu qu'à quatre reprises à la consultation du Dr J._____, en vue d'une évaluation psychiatrique - autrement dit dans le cadre d'un examen ponctuel de son état de santé psychique, n'équivalant de toute évidence pas à une prise en charge psychiatrique sur la durée. Si le Dr J._____ s'est par ailleurs référé à « *un suivi psychothérapeutique régulier & une médication psychotrope antidépressive adéquate* » dans son rapport du 22 mai 2013, il n'a pas pour autant précisé être à l'origine du suivi et de la médication en question, sur lesquels il n'a fourni aucune précision. On ignore, en particulier, s'il entendait se référer aux séances de psychothérapie et au traitement antidépresseur mis en œuvre par la psychologue L._____ (cf. attestation du 27 octobre 2009), dont la Cour de céans avait déjà tenu compte dans son arrêt du 17 novembre 2010 ; à cette occasion, il avait notamment été souligné que les observations de cette psychologue, qui suivait l'assuré depuis le 31 août 2009, démontraient tout au plus que la suppression de la rente AI avait été un choc moral très important pour l'intéressé, ce qui ne justifiait pour autant l'octroi d'une rente (cf. CASSO AI 301/08 - 454/2010 précité consid. 6a). Ainsi, quoi qu'en dise le recourant (cf. mémoire de recours du 9 décembre 2013 p. 5), il appert au final que la confusion règne quant au point de savoir si ce dernier était

suivi par un psychiatre à la date déterminante de la décision entreprise. Peu importe néanmoins puisque, même à supposer que tel fût le cas, ce seul traitement ne suffirait pas encore pour conclure de façon plausible à une modification significative de l'invalidité justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. A cet égard, il faut souligner que sur le plan psychique, la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré - confirmée par la Cour de céans le 17 novembre 2010 - n'a nullement été motivée par l'absence de traitement psychiatrique, contrairement à ce qu'affirme l'intéressé (cf. *ibid.*, *loc. cit.*), mais bien par l'absence d'atteinte invalidante telle que constatée par la Dresse M. _____ du SMR, l'interruption de toute prise en charge auprès du Dr C. _____ depuis le printemps 2003 n'ayant été mentionnée dans ce contexte qu'entre autres considérations (cf. CASSO AI 301/08 - 454/2010 précité consid. 6a ; cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2009 p. 5 s. et 9 s.).

Reste à se prononcer sur l'évaluation psychiatrique réalisée par le Dr J. _____ dans son rapport du 22 mai 2013. Pour ce faire, il convient de se reporter aux conclusions résultant de l'examen effectué en 2007 par la Dresse M. _____, conclusions reprises à l'appui de la décision de suppression de rente du 7 mai 2008, mais également de l'arrêt cantonal du 17 novembre 2010 (cf. *let. B supra* ; cf. CASSO AI 301/08-454/2010 du 17 novembre 2010 spéc. consid. 6a et 6c) et, tacitement, de la décision de refus d'entrée en matière du 27 juin 2011 consacrant une situation demeurée inchangée depuis mai 2008. En particulier, la Dresse M. _____ a retenu que l'assuré était connu pour un épisode dépressif d'intensité sévère et un syndrome de stress post-traumatique (tels qu'évoqués en 2002 par les Drs X. _____ et C. _____ [cf. respectivement rapport de consilium psychiatrique du 26 juin 2002 et rapport du 23 octobre 2002]), que ces troubles s'étaient initialement répercutés sur la capacité de travail, mais qu'ils avaient ensuite évolué dans le sens d'une rémission à partir du printemps 2003, raison pour laquelle l'exigibilité devait dès lors être considérée comme totale du point de vue psychiatrique (cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007 p. 7 et 9 s.). Dans son compte-rendu du 22 mai 2013, le Dr J. _____ a admis, à l'instar de la Dresse M. _____, que le trouble post-traumatique

consécutif à l'accident d'octobre 2001 n'était plus d'actualité ; ce point n'étant pas sujet à controverse, il importe peu que la psychiatre du SMR ait fixé la date de la rémission au printemps 2003 alors même que, pour le Dr J._____, ce trouble aurait existé durant plusieurs années. Ce dernier médecin a néanmoins estimé que la situation s'était modifiée depuis l'examen effectué en 2007 au SMR, en ce sens que l'assuré aurait ultérieurement développé un trouble dépressif chronique, accompagné de troubles fonctionnels, avec une aggravation progressive au cours des deux ou trois dernières années. A ce propos, il y a lieu de se référer aux observations émises par le Dr G._____ du SMR dans son avis du 24 septembre 2013, relevant que la position du Dr J._____ n'était pas convaincante puisqu'elle reposait sur un diagnostic expliqué en huit lignes, sans monitoring malgré un traitement antidépresseur soi-disant adéquat et sans aucun status psychiatrique ni aucune référence à la classification de la CIM-10 avec les détails cliniques y relatifs, voire aucune appréciation démonstrative ; à cela s'ajoutait que la chronicité de l'atteinte évoquée aurait justifié de parler d'un trouble dépressif récurrent, auquel cas on aurait eu des épisodes avant 2007. De fait, ces critiques apparaissent fondées dans la mesure où le rapport du 22 mai 2013 se contente d'alléguer succinctement une péjoration de l'état de santé du recourant sous l'angle dépressif, sans avancer aucune argumentation médicale susceptible d'établir objectivement une telle évolution. Au surplus, si l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé dès 2010 comme le soutient le Dr J._____, la psychologue L._____ aurait logiquement dû en faire mention dans son attestation du 7 février 2011, aux termes de laquelle elle s'est toutefois limitée à évoquer la persistance d'une situation très difficile au plan moral, l'assuré vivant très mal le retrait de sa rente AI. Par ailleurs, on peine à comprendre que, nonobstant la prétendue gravité des troubles psychiques allégués, le Dr J._____ ait finalement retenu une entière incapacité de travail dans toute activité au regard exclusivement de l'importance des troubles fonctionnels - soit un aspect purement somatique -, sans indiquer de restrictions d'ordre psychiatrique à l'exercice d'une activité. A la lumière des considérations qui précèdent, il s'avère en définitive que l'évaluation psychiatrique ressortant du rapport précité du 22 mai 2013 ne résiste pas à l'examen et

ne renferme par conséquent aucun indice sérieux dans le sens d'une évolution significative des troubles du recourant.

Du point de vue psychique, les documents médicaux invoqués en procédure administrative n'apportent donc aucun nouvel élément justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

d) Dès lors que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 3 juin 2013.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif

fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 2 heures et 18 minutes de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant total d'honoraires s'élevant à 447 fr. 12, TVA de 8% comprise. Le conseil juridique commis d'office a par ailleurs droit à l'indemnité forfaitaire prévue à l'art. 3 al. 3 RAJ pour ses débours, soit 108 fr. TVA incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 555 fr. 10, TVA de 8% incluse (montant arrondi).

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Jean Jacques Schwaab, conseil du recourant, est arrêtée à 555 fr. 10 (cinq cent cinquante-cinq francs et dix centimes).

V. 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean Jacques Schwaab (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :