

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Berberat, juge, et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 17, 43 et 44 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. **a)** H._____, né en 1965, a travaillé en dernier lieu comme employé d'expéditions chez A._____ à [...]. En incapacité de travail depuis le 13 décembre 2003, il a été licencié pour le 31 mai 2004.

Selon une déclaration d'accident LAA du 21 septembre 2004, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il circulait à vélo sur une route de campagne le 4 août 2004 vers 15 h 30 et s'est fracturé le poignet droit. Le même jour, il a bénéficié de la mise en place d'un fixateur externe pour une fracture type Volar Barton du poignet droit (cf. protocole opératoire du 5 août 2004 des Drs Q._____, T._____ et G._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Il a encore subi le 5 août 2004 une aponévrotomie antébrachiale antérieure et une décompression chirurgicale du nerf médian au poignet droit, ainsi que la fermeture secondaire de la plaie le 9 août 2004, séjournant du 4 au 11 août 2004 auprès du Service [...] de l'S._____ (cf. avis de sortie du 20 août 2004).

Le 23 mai 2005, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et de mesures de placement, en faisant état de douleurs dorsales diffuses.

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) du 20 juin 2005, le Dr M._____, chiropraticien, a diagnostiqué des rachialgies existant depuis 1999, estimant que son patient pourrait encore exercer une activité à raison de quatre heures par jour, sans port de charges.

Par rapport du 29 août 2005 à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a lui aussi retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies existant depuis

septembre 1999. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'un status post fracture de type Volar Barton du radius distal droit avec complication (syndrome du nerf médian droit aigu et un syndrome des loges), depuis août 2004.

Mandaté par Y._____, assureur maladie perte de gain, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 3 octobre 2005, à la suite d'un examen de l'assuré du 28 septembre 2005. Ce médecin a posé le diagnostic de lombalgies communes et a noté que l'examen clinique et radiologique ne montrait aucune anomalie notable. Il était d'avis qu'une incapacité de travail existait dans l'activité habituelle mais qu'une autre activité était possible.

Le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a effectué sur requête de l'OAI une expertise médicale de l'assuré, qu'il a examiné le 13 décembre 2005. Dans son rapport d'expertise du 14 décembre 2005, ce spécialiste a posé les diagnostics de rachialgies communes et de séquelles de maladie de Scheuermann. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière et que le pronostic rhumatologique était excellent, quand bien même il était plus réservé en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et du retentissement de cette dernière sur le fonctionnement de l'intéressé. Pour le Dr B._____, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, ni par des mesures d'ordre professionnel. Ce médecin n'avait en outre aucune restriction rhumatologique à la reprise de l'activité professionnelle antérieure. Dans l'anamnèse de l'assuré, le Dr B._____ a notamment indiqué « Fracture de type Volar Barton du radius distal droit le 4 août 2004 ».

Par décision du 28 février 2006, confirmée sur opposition le 18 octobre 2007, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B._____.

b) L'assuré a recouru contre cette décision le 30 octobre 2007. La Cour des assurances sociales a rejeté son recours et a confirmé la décision attaquée par arrêt du 11 février 2009 (cause AI 427/07 - 76/2009). Elle a retenu en substance que l'expertise du Dr B._____ était plus complète que celle du Dr U._____, ce dernier s'étant prononcé dans le cadre des indemnités journalières perte de gain, pour une période déterminée, de sorte que son appréciation n'avait qu'une valeur relative. Le droit au reclassement était par ailleurs nié, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 20 %.

B. **a)** Le 16 février 2011, la Dresse F._____, médecin assistante, a fait parvenir un rapport à l'OAI dans lequel elle a diagnostiqué une fracture du radius distal droit en 2004 traitée par fixateur externe, compliquée par un syndrome de loge et suivie d'un Sudeck. L'assuré présentait actuellement une récurrence des douleurs du poignet, diffuses, à la suite d'une reprise de travail en tant que charpentier. Cette médecin relevait que les Rayons X étaient sans changement par rapport aux derniers Rayons X, notant au status une limitation des amplitudes. Elle proposait dès lors une reconversion professionnelle, au motif que le status était non améliorable par la prise en charge orthopédique. Etaient joints à cet envoi les protocoles opératoires des médecins du Service [...] de l'S._____ d'août 2004, ainsi que deux rapports de radiologie du poignet droit face et profil des 22 septembre et 13 octobre 2004.

Le 23 février 2011, l'assuré a formellement déposé une deuxième demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant quant au genre de l'atteinte : « Fracture type Volar Barton radius distal droit. Complication : syndrome du nerf médian droit aigu avec un syndrome des loges », existant depuis le 4 août 2004. Il a joint à son envoi un certificat médical du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, attestant une incapacité de travail totale du 21 février au 31 mars 2011.

Invité à rendre plausible une modification de son état, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le 10 mars 2011 le rapport de radiologie du 6 août 2004 faisant état d'une fracture intra-articulaire du radius distal, un

courrier du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1^{er} décembre 2004 selon lequel il souffrait d'une limitation fonctionnelle encore bien douloureuse du poignet droit, le rapport de radiologie du poignet droit du 12 août 2004, et l'avis de sortie du 20 août 2004.

L'OAI a sollicité un rapport du Dr N._____, que ce dernier lui a adressé le 27 mai 2011. Ce médecin y a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture du radius distal droit depuis 2004. Il précisait que des douleurs étaient réapparues à la suite de la reprise d'un travail de charpentier. Il a joint à cet envoi le rapport de la Dresse F._____ du 16 février 2011.

Selon un certificat du Dr P._____, médecin assistant, du 6 juin 2011, l'assuré présentait dès cette date et pour un mois une incapacité de travail à 100 %, à réévaluer.

Par avis du 22 juin 2011, le Dr W._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé après avoir examiné le rapport de la Dresse F._____ du 16 février 2011 ainsi que celui du Dr N._____ du 27 mai 2011 que les éléments médicaux apportés dans le cadre de la plainte alléguée par l'assuré n'avaient pas à son sens de valeur probante suffisante pour démontrer l'aggravation de son état de santé : le status était bien trop incomplet, les amplitudes articulaires n'avaient pas été mesurées ; il n'y avait pas non plus d'éléments radiologiques nouveaux qui puissent expliquer les douleurs, aucun diagnostic n'ayant été discuté chez l'assuré. Le seul élément mis en avant était la symptomatologie douloureuse, élément hautement subjectif. Les derniers certificats médicaux produits ne lui permettaient dès lors pas de s'éloigner des conclusions de l'expertise du Dr B._____.

Le 27 juin 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 22 juillet 2011, les Drs T. _____ et F. _____ ont adressé un rapport à l'OAI, à la teneur suivante :

« Nous avons revu récemment en consultation Monsieur H. _____, patient que nous avons traité en 2004 pour une fracture intra-articulaire du radius distal droit. Il nous consulte après plus de six ans car il a depuis peu tenté de reprendre une activité professionnelle comme ferblantier-couvreur et présente depuis la reprise du travail des douleurs de son poignet droit, survenant lors de certains mouvements et au port de charge. M. H. _____ nous rapporte avoir fait une demande de reconversion professionnelle qui, selon votre courrier daté du 7 juillet 2011, a été refusée. Il nous reconseille donc pour avis orthopédique.

L'accident de 2004 avait occasionné une fracture intra-articulaire du radius distal droit, ayant nécessité la mise en place d'un fixateur externe et qui avait été compliquée d'un syndrome de compression du nerf médian avec syndrome des loges, opéré en urgence. L'évolution a ensuite été marquée par un syndrome de Sudeck, pris en charge par le Dr C. _____ à [...].

Sur le plan anamnestique, le patient se plaint de douleurs importantes du poignet droit, survenant au mouvement et à type plutôt mécanique.

Sur le plan clinique, nous retrouvons au status une sensibilité à la palpation du radius distal, une force de serrage diminuée par rapport au côté opposé, une flexion palmaire à 45°, une flexion dorsale à 50°, une inclinaison ulnaire à 15°, une inclinaison radiale à 20°. On ne retrouve pas de trouble sensitif ni d'œdème ou de dyscoloration cutanée.

Sur le plan radiologique, on retrouve les séquelles de la fracture, sans signe d'ostéopénie, ni d'arthrose évidente.

Au vu du métier exercé par le patient, du type de fracture et des douleurs encore présentes, une reconversion professionnelle devrait être envisagée. ».

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au SMR. Dans son avis du 29 août 2011, le Dr W. _____ a observé que le Dr B. _____ avait retenu dans le cadre de son expertise du 14 décembre 2005 une restriction des amplitudes articulaires en flexion/extension et inclinaison radio-cubitale du poignet. La flexion palmaire était alors à 45°, l'extension dorsale à 45°, l'inclinaison radiale 25° et l'inclinaison ulnaire 25°. Il existait alors une discrète sensibilité au niveau du carpe, la mobilité des doigts était

complète et indolore, et la force de préhension normale. Le Dr W. _____ a relevé que la mobilité articulaire constatée par les spécialistes consultés par l'assuré était quasi-superposable à celle attestée par le Dr B. _____ : flexion palmaire à 45°, flexion dorsale à 50°, inclinaison ulnaire à 15° et inclinaison radiale à 20° (toutes très proches de la normale). Il n'y avait pas de troubles sensitifs, pas d'œdèmes ni de dyscoloration cutanée. Le Dr W. _____ concluait que les éléments médicaux apportés par les deux spécialistes permettaient de définir deux limitations fonctionnelles : pas de port de charges répétitifs du membre supérieur droit et éviter les mouvements forcés du poignet droit. Ces limitations fonctionnelles, si elles contre-indiquaient la pratique de certains métiers, ne remettaient pas en question l'expertise du Dr B. _____ et la capacité de travail de l'assuré demeurait entière dans une activité les respectant.

Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

b) Par arrêt du 16 mai 2012 (cause AI 276/11 - 208/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI. En substance, la Cour de céans a retenu que le dossier ne contenait aucun avis médical susceptible de mettre en doute les observations du Dr B. _____ ainsi que l'appréciation du SMR dans le cadre de la deuxième demande. Il en résultait qu'entre la décision sur opposition du 18 octobre 2007 (confirmée par la Cour de céans le 11 février 2009) et la décision litigieuse du 6 septembre 2011, l'état de santé physique de l'assuré n'avait pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité.

Par arrêt du 10 septembre 2012 (9C_650/2012), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours de l'assuré contre l'arrêt précité de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

C. Le 18 janvier 2016, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI, en faisant état d'une péjoration de son état psychique (dépression) depuis 2013. Il a joint à son envoi un lot de certificats du Dr

J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel il présentait une incapacité totale depuis le 1^{er} janvier 2015.

Invité à rendre plausible une péjoration de son état, l'assuré a expliqué son parcours médical.

Selon la fiche d'examen du dossier du 4 février 2016 de l'OAI, une instruction médicale « sembl[ait] nécessaire ».

Dans son rapport à l'OAI du 24 février 2016, le Dr J._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif (F25.1) existant depuis fin 2013. Son suivi avait débuté le 8 janvier 2015 et il a fait état chez son patient de fatigue, d'isolement, de repli social, de méfiance et de trouble de la concentration. L'assuré avait été hospitalisé à la Z._____ du 8 au 16 janvier 2015. Pour le Dr J._____, la capacité de travail était nulle. Selon le rapport de la Dresse V._____ de la Z._____, l'assuré avait effectivement séjourné dans cet établissement du 8 au 16 janvier 2015. Les diagnostics posés étaient ceux de dysthymie (F34.1), de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et de difficultés liées au logement (Z59).

Le 27 février 2016, le Dr N._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture du radius distal droit et de douleurs résiduelles de ce poignet. Il ne suivait plus l'assuré depuis 2015, le dernier contrôle datant de janvier 2015. Il a joint à son envoi un rapport établi à sa demande le 25 novembre 2010 par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse K._____, médecin assistante, de la Z._____, qui avaient posé les diagnostics de probable trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Pour ces médecins, hormis une certaine irritabilité, de légers troubles du sommeil et une fatigue, l'assuré ne révélait pas d'autres éléments en faveur d'une vraie souffrance subjective. Il se disait par ailleurs opposé à toute médication. Dans ce contexte, les

médecins étaient d'avis que le pronostic, notamment du point de vue socio-professionnel, paraissait défavorable.

Par avis du 6 octobre 2016, la Dresse R. _____ du SMR a estimé que les problèmes psycho-sociaux de l'assuré avaient déjà été mis en évidence en 2010 et paraissaient exister depuis le plus jeune âge, estimant toutefois nécessaire de ré-interroger le Dr J. _____, en particulier sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Le Dr J. _____ a succinctement indiqué le 17 janvier 2017 à l'OAI « ZERO » à la question de savoir quelle était la capacité de travail, et « 2005 » à la question « depuis quand ». Il a pour le surplus renvoyé à son rapport du 24 février 2016.

Par avis du 17 janvier 2017, la Dresse R. _____ a relevé qu'en l'absence d'apparition d'événement psychiatrique nouveau, les éléments, essentiellement d'ordre psycho-sociaux, ne permettaient pas d'établir un diagnostic invalidant au sens de l'AI et qui préexistait lorsque la décision précédente a été rendue.

Par projet de décision du 2 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser les mesures professionnelles et la rente, au motif qu'il n'y avait pas de changement notable et durable de son état de santé et qu'il n'avait pas été possible de mettre en évidence une pathologie invalidante au sens de l'AI.

Le 8 février 2017, le Dr J. _____ s'est adressé à l'OAI pour lui faire savoir que selon son observation clinique, l'assuré présentait un diagnostic clair et invalidant de trouble schizo-affectif type dépressif (F25.1), tel que décrit dans son rapport du 24 février 2016. Il priait dès lors l'office de confier l'examen de son patient à un centre d'expertise, car son appréciation du cas divergeait de celle de l'OAI.

Le 13 février 2017, l'assuré a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision du 2 février 2017, en se référant au rapport du Dr J._____ du 8 février 2017.

Par décision du 18 avril 2017, l'OAI a confirmé son projet et refusé le droit aux prestations à l'assuré, motif pris que la situation était superposable à celle qui prévalait précédemment, sans qu'il n'ait été possible de mettre en évidence une pathologie nouvelle qui serait invalidante au sens de l'AI.

D. Par acte du 16 mai 2017, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la mise en œuvre d'une expertise. Il a en substance déploré de ne jamais avoir eu de contact avec l'intimé, et a fait valoir être actuellement très instable, faisant état de troubles comportementaux, de sautes d'humeurs et de panique.

Le 10 août 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se prévalant notamment d'un entretien téléphonique du 17 avril 2017 entre le SMR et le Dr J._____, à l'occasion duquel ce médecin a signalé qu'il n'avait ni modification, ni complément à apporter depuis son dernier rapport du 24 février 2016, et a précisé que l'état de l'assuré était ancien et chronique, sans espoir de guérison ou d'amélioration. L'OAI s'est pour le surplus référé à l'avis du SMR du 17 janvier 2017, selon lequel il n'y avait pas de diagnostic invalidant au sens de l'AI.

En réplique, l'assuré a sollicité la désignation d'un avocat d'office. Il a produit le rapport du 8 février 2017 du Dr J._____, au pied duquel ce médecin a indiqué « la même situation est valable au 30.08.2017 ».

Le 22 septembre 2017, l'OAI a maintenu sa position.

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 en principe 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 sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 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).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI à la suite de sa nouvelle demande du 18 janvier 2016.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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. 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 (art. 6 LPGGA).

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGGA, 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 conformes 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est

ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré. Il a toutefois estimé que la situation était superposable à celle qui prévalait précédemment, et qu'il n'avait pas été possible de mettre en évidence une pathologie nouvelle qui serait invalidante au sens de l'AI.

L'intimé ne peut être suivi. Il perd en particulier de vue que la première demande de prestations n'a été motivée que par des atteintes au plan somatique. Quant à la deuxième demande de prestations, qui a conduit à un refus d'entrer en matière, confirmé par la Cour de céans, elle était également exclusivement fondée sur des atteintes au niveau physique et non psychiatrique. Du reste, on lit au considérant 5b *in fine* de l'arrêt de la Cour de céans du 16 mai 2012 qu'entre la décision du 18 octobre 2007 et celle du 6 septembre 2011 « l'état de santé physique de l'assuré n'a pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité ». Il y a en effet lieu de constater que tant dans le cadre de la première demande, que dans celui de la deuxième demande de prestations, seuls des médecins somaticiens ont été consultés et priés de renseigner l'intimé sur les atteintes du recourant et leur répercussion sur sa capacité de travail. Or aucun de ces médecins n'a fait état d'une atteinte au niveau psychique. Il n'est au demeurant fait nulle mention d'un suivi sur ce plan, respectivement de la prise d'un traitement. En d'autres termes, c'est dans le cadre de la troisième demande de prestations que, pour la première fois, une atteinte au niveau psychique a été mentionnée. Au demeurant, interpellé par l'intimé sur le point de savoir à compter de

quelle date le trouble schizo-affectif (F25.1) a existé, le Dr J._____ a répondu « fin 2013 » (cf. rapport du 24 février 2016), soit largement postérieurement au 18 octobre 2007, à savoir la date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel complet du droit aux prestations. Certes le Dr N._____ a produit en annexe à son rapport du 27 février 2016 un rapport datant de 2010 établi par deux médecins de la Z._____ concernant le recourant. Toutefois dans ce rapport, il n'était pas encore question d'une atteinte invalidante. Les médecins de la Z._____ faisaient alors état d'un probable trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Or le Dr J._____ a pour sa part diagnostiqué un trouble schizo-affectif, estimant cette atteinte totalement incapacitante au plan psychique. Il a fait état de fatigue, d'isolement, de repli social, de méfiance et de trouble de la concentration (cf. rapport du 24 février 2016). Du reste, le recourant a été hospitalisé durant une semaine à la Z._____ au début de l'année 2015, ce qui paraît aller dans le sens de la péjoration de son état de santé dont il s'est prévalu à l'appui de sa nouvelle demande. Pour le surplus, il n'y a nulle trace au dossier de l'entretien téléphonique qui aurait eu lieu le 17 avril 2017 entre le SMR et le Dr J._____, à l'occasion duquel ce médecin aurait déclaré que l'état du recourant était ancien et sans espoir de guérison ou d'amélioration.

En pareilles circonstances, force est de constater qu'il existe des avis contradictoires, et qu'il n'est en l'état pas possible de les départager.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina KAHIL-WOLFF *in* : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une

clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où le volet psychique du cas n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'AI.

On relèvera pour autant que de besoin que la situation au plan somatique est, quant à elle, restée stable, si bien que l'instruction complémentaire ne portera que sur l'aspect psychiatrique.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*). Vu l'issue du recours, il n'y a pour le surplus pas lieu de lui désigner un conseil d'office.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 18 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause

renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. 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 :

- H. _____,
- 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 :