

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate 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. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], droitier, travaillait comme apprenti tôlier en carrosserie, depuis le 1^{er} avril 2003, pour le compte d'un grand centre automobile romand.

Le 4 juin 2004, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Sollicitant l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession, il a fait état d'une fracture du scaphoïde droit non guérie évoluant vers une pseudarthrose. En totale incapacité de travailler, il percevait des prestations (indemnités journalières) de son assureur-accidents (la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]) depuis le 9 septembre 2003.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du médecin consulté par l'assuré (rapport du 25 juin 2004 de la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main) et s'est vu communiquer le dossier médical constitué par la CNA. L'assuré avait été victime d'une agression dans un pub, le 18 mai 2002, dont l'un des auteurs avait été condamné à six jours de détention ferme pour lésions corporelles simples, vol, conduite d'un motorcycle léger non conforme aux prescriptions et violation d'une règle de la circulation par jugement du Président du Tribunal des mineurs rendu le 19 mars 2003 (dossier de la CNA, pp. 30 - 35 et 51). La pseudarthrose du scaphoïde droit diagnostiquée à l'été 2003 remontait vraisemblablement à l'agression précitée et était assortie de douleurs permanentes de la racine du pouce et du poignet droit. L'assuré s'est soumis, le 3 octobre 2003, à une cure de pseudarthrose scaphoïdienne avec greffe prélevée au niveau de la crête iliaque et ostéosynthèse par vis de Leibinger, pratiquée à la permanence de la [...]. Cette intervention chirurgicale n'a toutefois pas eu le succès escompté compte tenu de la persistance de douleurs et de limitations

fonctionnelles du poignet droit. Dès le 9 octobre 2003, l'activité de tôlier en carrosserie n'était plus exigible sur le plan médical de sorte qu'un reclassement professionnel de l'assuré dans une activité adaptée (limitations dans l'utilisation de la main droite, lever, porter ou déplacer des charges d'un poids supérieur à 2 - 4 kilos) était nécessaire.

Au printemps 2004, l'assuré a réussi l'examen théorique de la fin d'apprentissage de l'activité de tôlier en carrosserie. Il n'a toutefois pas été en mesure de passer l'examen pratique, cette profession étant contre-indiquée vu l'état de sa main droite.

Après une arthrotomie exploratrice, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et une correction de cicatrice du 2 septembre 2004, un contrôle radiologique effectué le 2 novembre 2004 révélait toujours la présence d'une pseudarthrose. La fonction du poignet était 54-0-42 pour l'extension-flexion à droite contre 74-0-80 à gauche, avec une limitation dans les gestes nécessitant une hyper-extension du poignet. Toute activité manuelle répétitive pouvait entraîner une recrudescence des douleurs (rapports des 3 et 11 novembre 2004 de la Dresse C._____).

Le 1^{er} novembre 2004, l'assuré a suivi les cours du gymnase du soir. Par la suite, il a notamment bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une formation professionnelle initiale sous la forme d'un apprentissage d'employé de commerce E à 100%, du 21 août 2006 au 20 août 2009, chez l'association A._____ à [...] (rapport intermédiaire du 28 août 2006 et fiche d'examen du dossier No 7 établie le 31 août 2006). Le 30 juin 2009, l'assuré a obtenu son certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce, formation élargie.

Par décision du 27 janvier 2010, l'OAI a mis fin au droit à des mesures professionnelles dès lors que l'assuré avait été réadapté de manière appropriée, sans préjudice économique susceptible de lui ouvrir le droit à la rente ou à d'autres prestations de l'AI. L'office a retenu, selon les sources du « Info-Vaud 2008-2009 », que dans l'activité adaptée, avec CFC d'employé de commerce « E », l'intéressé était en mesure de

prétendre à un revenu annuel moyen de 52'290 fr. alors qu'en tant que tôlier-carrossier avec CFC, il aurait été de 49'400 fr. par an. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 17 décembre 2012, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par une maladie psychique depuis juin 2012. Désormais marié et père, il travaillait depuis le 1^{er} mars 2011 comme agent call center (ou « customer consultant ») auprès de J._____ à [...], pour un revenu mensuel brut de 5'200 francs. En totale incapacité de travailler depuis le 11 juin 2012, il était suivi depuis le 13 juillet 2012 par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie au centre des [...] à [...]. Dans un rapport du 3 octobre 2012 dressé dans le cadre de l'examen du cas de l'assuré par son assureur perte de gain X._____, le Dr N._____ a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), depuis l'âge de 18 ans, et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis mars 2012. Sous la rubrique « anamnèse », ce psychiatre a notamment relevé ce qui suit :

“A l'âge de 18 ans, M. U._____ a été victime d'une agression physique importante par un ressortissant d'origine albanaise, membre d'une bande de criminels. Dans un deuxième temps, son frère allait le venger, avec comme résultat qu'une semaine plus tard, M. U._____ a vécu une situation qui a été à l'origine de son traumatisme psychique résiduel où la même personne qui l'avait agressé précédemment, lui a mis un pistolet dans sa bouche pour le forcer à dénoncer son frère. Depuis lors, il peut très bien décrire que psychiquement, « sa vie s'est arrêtée ». Malgré le fait qu'il a pu suivre plusieurs activités professionnelles, se marier et vivre une vie plus ou moins stable, son vécu psychique depuis lors a été marqué par une attitude hostile envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide et de désespoir, une tension intérieure chroniquement élevée, tout cela accompagné de sentiments de rancune et d'envie de vengeance, par moment avec débordements sur son propre entourage et sa compagne. La symptomatologie s'est aggravée d'un état dépressif sévère avec idées suicidaires au printemps de cette année quand il a appris que sa femme était tombée enceinte. Cette nouvelle l'a plongé dans un état de désarroi très profond. En effet, il ne se voyait pas du tout capable d'assumer son rôle de père en raison d'une part de son état de santé psychique, et d'autre part de sa situation professionnelle extrêmement stressante (call center, J._____) dans laquelle il se prêtait chroniquement comme cible aux premières lignes des

agressions d'autrui. Devant cette situation, il s'adresse d'abord au Dr G._____, son médecin généraliste qui nous l'a adressé pour une prise en charge psychiatrique approfondie."

Le Dr N._____ estimait l'incapacité de travail à 100% depuis le début de la prise en charge. Au vu de la « bonne évolution » observée après douze séances de psychothérapie, avec quasi rémission de la symptomatologie dépressive et post traumatique, il était selon lui probable que l'assuré puisse recouvrer une totale capacité de travail d'ici à la fin de l'année 2012. Le traitement mis en œuvre consistait en un suivi psychothérapeutique à fréquence hebdomadaire alliant la prise de psychotropes (Cipralax® 10 mg [1 cp./j.] et Temesta® 1 mg [1-3 cp./j. en réserve]).

Par lettre du 18 septembre 2012, J._____ a résilié le contrat de travail le liant à l'assuré avec effet au 31 décembre 2012.

Procédant à l'instruction, l'OAI a invité le Dr G._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, à lui fournir un rapport sur formulaire *ad hoc*, ce qu'il a fait en date du 13 février 2013. Avec répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif avec troubles neurovégétatifs associés décompensé, depuis le 11 juin 2012, et de pseudarthrose du scaphoïde droit depuis 2003. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré comme « employé dans [...] » était nulle du 11 juin au 16 juillet 2012. Il renvoyait pour le surplus l'OAI auprès de ses confrères psychiatres s'agissant des incapacités ultérieures ainsi que des mesures de réadaptation possibles en présence d'un assuré ayant bénéficié par le passé de mesures de reconversion professionnelle de l'AI pour son atteinte à la main droite.

Egalement interpellé au préalable par l'OAI, le Dr N._____ lui a adressé son rapport médical le 25 février 2013. Reprenant les éléments mentionnés dans son rapport du 3 octobre 2012, il se prononçait en faveur d'une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 12 juillet au 31 décembre 2012, puis nulle depuis le 1^{er} janvier 2013, dans l'activité

usuelle. Le Dr N. _____ précisait que le suivi psychiatrique de l'intéressé avait pris fin comme prévu au 31 décembre 2012 avec la rémission complète de sa symptomatologie.

En parallèle, l'assuré n'a pas réagi à un courrier du 15 janvier 2013 de l'OAI qui le priait de lui fournir certains documents renfermant diverses informations formelles dont cet office avait besoin.

Par lettre recommandée du 13 mars 2013, l'OAI a sommé l'assuré de lui communiquer tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations et fixer celles dues ceci jusqu'au 31 mars 2013 au plus tard, en le rendant expressément attentif au fait qu'à défaut, l'assureur pouvait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1). L'assuré n'a pas réagi dans ce délai.

Ainsi, dans un projet de décision du 12 avril 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des mesures de réadaptation professionnelle et à la rente. Ce faisant, l'office a statué sur la base de l'état du dossier en sa possession. Concrètement et malgré le délai qui lui avait été accordé par sommation du 13 mars 2013, l'assuré n'avait pas collaboré à l'instruction en ne produisant pas les documents usuels manquants à sa demande de prestations déposée le 17 décembre 2012.

Selon une note intitulée « IP - Proposition de DDP » établie le 16 avril 2013 par la division administration / secrétariat de l'OAI, l'assuré n'avait également pas donné suite aux convocations à des entretiens dans les locaux de cet office.

Par décision du 22 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 avril 2013, en rejetant la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Le 7 avril 2017, U._____ a procédé au dépôt d'une troisième demande de prestations AI pour adultes, démarche motivée par une atteinte psychique d'origine malade. Il travaillait à plein temps et depuis le 1^{er} novembre 2013 en qualité de gestionnaire de dossiers spécialisé auprès du Service de la [...] ([...]) de l' [...] à [...], pour un revenu mensuel brut de 5'300 francs. Sur la formule officielle, il a indiqué avoir été en incapacité totale de travail du 28 novembre 2016 au 17 janvier 2017, puis à 50% depuis lors.

Dans un rapport du 29 mai 2017, établi sur demande de l'assuré et produit le 15 juin 2017, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a expliqué suivre U._____ depuis le 28 janvier 2014 à son cabinet à un rythme bimensuel. Il a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). A son avis, l'assuré était dans l'incapacité de travailler à 50% et le pronostic était réservé avec une évolution lente. Sous la rubrique « anamnèse », ce psychiatre a en particulier relevé ce qui suit :

“Au début de l'année 2017, le patient a été de nouveau victime d'une agression avec un autre automobiliste alors qu'il était au volant de sa voiture. Celle-ci a ravivé le traumatisme de la première agression [ndrl. : comprendre celle subie le 18 mai 2002] et le patient a développé des angoisses nocturnes, sous forme de flashes par rapport à ces agressions, ainsi qu'une perte de motivation et la peur des contacts sociaux.

Suite à ces agressions qui ont aggravé son état de santé, Monsieur U._____ présente un état de stress post-traumatique et des troubles dépressifs sévères qui l'empêchent d'effectuer correctement son travail et son état nécessite une incapacité de travail au début à 100% et actuellement à 50%.”

Toujours selon le Dr P._____, l'assuré présentait un tableau clinique qui se caractérisait par un affaissement de l'humeur, un état morose, une perte de motivation avec un discours auto-dévalorisant, des angoisses diffuses, une perte de sens de vie et de confiance en lui, une perte d'estime de lui-même, avec des idées suicidaires scénarisées, des ruminations, des troubles du sommeil avec des cauchemars et des flashes en relation avec ces différentes agressions, des troubles alimentaires et un

état de stress post-traumatique. Vu son état de santé, le rendement au travail était bien diminué et le contact social difficile.

Prenant position sur les éléments médicaux recueillis, le Dr B._____, spécialiste en médecine du travail et médecin au Service médical régional (SMR) de l'AI, s'est notamment exprimé en ces termes dans un avis du 7 septembre 2017 :

*“Notre réponse : c’est à l’assuré d’apporter la preuve d’un changement plausible de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n’apportent de notre avis aucune information nouvelle qui sur le plan des diagnostics rendrait crédible une atteinte à la santé. En effet déjà en 2012, un épisode dépressif sévère était rapporté, mais celui-ci n’avait pas été retenu. Nous remarquons aussi que malgré ce diagnostic grave actuel (épisode actuel sévère), l’assuré continue à conduire d’après le Dr P._____, et qu’il peut travailler à 50%, ce qui n’est pas possible sur le plan médical. D’ailleurs notre confrère ne déclare même pas une inaptitude à la conduite avec ce diagnostic, ce qui est une autre incohérence, en dehors des critères majeurs non présents (un seul, donc épisode léger). Il ne fournit pas non plus une date d’IT [incapacité de travail] précise avec l’évolution de cette IT datée, ni un contrôle de monitoring et si le traitement est adapté au bout de 9 mois, ce qui paraît curieux. Ainsi, les affirmations de notre confrère n’apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l’état au vu de tout le dossier. Pour toutes ces raisons, nous n’avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cet homme de 32 ans, dans la pleine force de l’âge, apte au travail. *Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.* Nous n’entrons pas en matière pour quelque raison que ce soit.”*

Le 12 septembre 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif de l'absence de modification notable de la situation professionnelle ou médicale rendue plausible depuis la dernière décision de refus en force du 22 mai 2013.

L'assuré a présenté en date du 25 septembre 2017 ses objections à l'encontre de ce projet. Il informait s'y opposer en faisant part d'une situation professionnelle et médicale « notablement modifiée, même dégradée ». Assisté par Me Corinne Monnard Séchaud, il a déposé des objections complémentaires le 10 novembre 2017 en demandant à l'autorité administrative d'annuler son projet de décision du 12 septembre

2017, respectivement d'entrer en matière et d'instruire sa nouvelle demande de prestations. Il a joint deux pièces dont un rapport médical établi le 6 novembre 2017 à sa demande, dans lequel le Dr P._____ a confirmé les diagnostics retenus le 29 mai 2017 en y ajoutant celui de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Selon ce médecin, l'assuré était en totale incapacité de travailler compte tenu de son état de santé psychique affecté par plusieurs deuils dont en particulier celui d'un cousin proche décédé dans un accident de la route. Le pronostic était toujours réservé avec une évolution lente. Sous la rubrique « remarques », le Dr P._____ a écrit : « l'état du patient est sérieux et nécessite une prise en charge médicale et psychothérapeutique qui s'inscrit dans le temps. Actuellement, force est de constater que le patient n'arrive pas à se projeter dans son activité professionnelle à temps complet. ».

S'exprimant à propos des arguments avancés par l'assuré et du rapport médical qu'il a produit, le Dr B._____ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 30 novembre 2017 :

"[...]

4/ suite au projet de refus du 12.09.17, l'avocat de l'assuré conteste le 10.11.17 : le conseil argue qu'il n'y a pas d'incohérence entre une CT [capacité de travail] de 50% et la présence d'un état dépressif sévère en p3, ce qui n'est pas possible. D'ailleurs, on ne comprend pas très bien non plus pourquoi l'assuré n'est pas vu par le médecin conseil de l'[...] dans cette situation. Il est allégué en plus anciennement des troubles dépressifs, mais force est de constater que rien n'avait été retenu par l'Office en ce sens en 2013 (cf. 2/ et la p3 de la lettre de l'avocat) dans la mesure où l'assuré n'avait fourni aucune preuve d'une atteinte (cf. sommation). Un RM [rapport médical] complémentaire du Dr P._____, psychiatre, le 06.11.17 réitère les mêmes diagnostics que précédemment avec maintenant en plus un trouble de la personnalité sans précision et tout ceci sans que soit décrit une symptomatologie en rapport avec ces atteintes. La p2 de son RM avec 5 lignes ne liste qu'un critère majeur, et il ne peut être question d'un épisode sévère. On comprend d'ailleurs pas que si la situation est si grave que l'assuré ne soit pas hospitalisé par notre confrère, et que comme l'IT est de 100% avec un traitement idem, que le monitoring du traitement ne soit pas fait (cf. trt idem, sans amélioration et aggravation). Par ailleurs un stress post traumatique durant au-delà d'une année n'est pas possible par définition. Quant au trouble de la personnalité, celui-ci n'est pas étayé, ni décrit, et nous le rejetons. Les affirmations du conseil et du Dr P._____ n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de notre argumentation. Tout cela n'est pas crédible médicalement, cela ne tient pas.

*Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.
Nous n'entrons pas en matière pour quelque raison que ce soit."*

Le 31 janvier 2018, l'OAI a rendu une décision formelle entérinant le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'AI, avec une motivation identique à celle de son projet du 12 septembre 2017. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les objections soulevées en se référant à l'avis précité du SMR, dont une copie était annexée à ce courrier.

D. Par recours déposé le 2 mars 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, U._____, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, a conclu avec dépens à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande déposée le 7 avril 2017, puis procède à l'examen matériel de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En premier lieu, il fait valoir que dans le cadre de la dernière demande de prestations déposée le 17 décembre 2012, quand bien même des éléments médicaux ont été produits en cours d'instruction, il n'y a toutefois eu aucun examen matériel de son droit à une rente ou à des mesures professionnelles, ni à une autre prestation. Il souligne que la décision de refus du 22 mai 2013 est consécutive à son inobservation de la sommation du 13 mars 2013 par laquelle l'OAI lui demandait la fourniture de certains documents non médicaux, mais strictement formels, pour lui permettre d'examiner si son intervention était possible. Dans ces conditions, le recourant est d'avis que l'évaluation du caractère plausible de la modification notable de son état de santé qu'il invoque dans sa nouvelle demande du 7 avril 2017 doit s'effectuer en comparaison des faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 27 janvier 2010. Par ailleurs, le recourant soutient avoir rendu vraisemblable que son état de santé psychique s'est détérioré, à tout le moins depuis le 28 novembre 2016, en raison d'une nouvelle agression ayant ravivé le traumatisme de 2002. Cette situation, attestée sur le plan médical par le Dr P._____ qui assure sa prise en charge, justifie à ses yeux que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 7 avril 2017.

Dans sa réponse du 17 avril 2018, l'OAI a proposé le renvoi de la cause pour entrée en matière sur la nouvelle demande. Se référant à un avis du médecin du SMR du 10 avril 2018 qu'il produit, il retient que la demande de 2017 mentionne une atteinte psychiatrique alors que la décision rendue en 2010 faisait suite à une atteinte somatique. L'intimé convient que dans le cas particulier il se justifiait d'entrer en matière sur la dernière demande déposée et statuer sur le fond.

Le 18 avril 2018, le tribunal a communiqué au recourant un exemplaire de la réponse du 17 avril 2018 en le rendant également attentif à la possibilité de consulter le dossier au greffe du tribunal.

Le recourant a déposé spontanément une écriture complémentaire, datée du 2 mai 2018. Il conclut au maintien de ses précédentes conclusions dans leur intégralité et observe que dans sa réponse du 17 avril 2018, l'OAI se rallie aux conclusions prises au pied du recours déposé le 2 mars 2018, ce qui justifie l'octroi de dépens.

Le 3 mai 2018, une copie de cette dernière écriture a été communiquée à l'OAI pour son information.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'OAI à l'assuré d'entrer en matière sur sa troisième demande de prestations du 7 avril 2017, signifié par décision du 31 janvier 2018. L'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 7 avril 2017, le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision antérieure lui déniait le droit à toutes prestations (rente et mesures professionnelles).

3. Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), 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). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2).

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). 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. a) En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 7 avril 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force, et la décision litigieuse du 31 janvier 2018, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

A cet égard, l'OAI a considéré que sa décision de refus du 22 mai 2013 était pertinente pour la base de comparaison déterminante dans le temps.

Le recourant fait grief à l'office intimé d'avoir comparé à tort la situation médicale qui prévalait en 2012 - 2013 avec l'état de fait existant au jour de la décision rendue le 31 janvier 2018. A son avis, il aurait dû tenir compte de la situation qui existait en janvier 2010, soit lorsque l'OAI lui a fait savoir qu'il mettait un terme aux mesures professionnelles en lui refusant par ailleurs le droit à la rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité (décision du 27 janvier 2010). La cause devrait ainsi être renvoyée à cet office afin qu'il procède à la comparaison avec la situation prévalant en 2010 et entre en matière sur la nouvelle demande déposée en avril 2017.

Aux termes de sa réponse, l'intimé convient à son tour qu'au vu des pièces déposées en procédure administrative attestant d'une atteinte psychique, le recourant a rendu plausible une modification de son état de santé depuis janvier 2010 susceptible d'influencer ses droits aux prestations AI. L'office intimé admet en conséquence qu'il se justifiait d'entrer en matière et statuer sur le fond de la dernière demande.

b) Dans sa décision de refus d'entrer en matière rendue le 31 janvier 2018 sur la nouvelle demande de prestations déposée le 7 avril

2017, l'intimé a comparé à tort les faits tels qu'ils se présentaient en 2017 avec les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 22 mai 2013. En effet, quand bien même l'OAI a recueilli des rapports médicaux dans le cadre de la procédure engagée en décembre 2012, sa décision de refus du 22 mai 2013 n'était pas fondée sur un examen matériel du droit du recourant à une rente ou à des mesures, mais sur le refus de celui-ci de donner suite à une demande de renseignements strictement administratifs et non médicaux (courrier du 15 janvier 2013, sommation du 13 mars 2013, projet de décision du 12 avril 2013 et note au dossier du 16 avril 2013 de l'OAI). Cette décision n'est donc pas fondée sur un examen matériel du droit à la rente et/ou à des mesures professionnelles avec une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de travail du recourant et ses corollaires, soit l'incapacité de travail et l'incapacité de gain en découlant. Dans ces circonstances, il faut considérer que la décision de refus du 22 mai 2013 n'avait pas la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (cf. consid. 3 supra), si bien qu'elle constituait à tort le point de départ temporel qui a abouti à nier le caractère plausible du changement important des circonstances propres à influencer le droit aux prestations tel qu'invoqué par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande du 7 avril 2017. En conséquence, c'est bien la décision du 27 janvier 2010 qui constitue la décision de référence pour l'appréciation d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant en 2017 (cf. art. 17 LPGA et 87 RAI).

A l'époque de la première demande, la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, avait posé des diagnostics incapacitants de pseudarthrose du scaphoïde droit des suites probables d'une agression remontant au 18 mai 2002. Ce médecin retenait une incapacité de travail de l'assuré à 100%, dès l'automne 2003, dans l'activité habituelle de tôlier en carrosserie et la nécessité d'un reclassement de celui-ci dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles somatiques (limitations dans l'utilisation de la main droite, lever, porter ou déplacer des charges de plus de deux à quatre kilos). L'intéressé a ensuite bénéficié, avec succès, d'une

réorientation professionnelle de sorte qu'en l'absence de préjudice économique après une réadaptation appropriée, l'OAI a décidé de mettre un terme aux mesures professionnelles et exclu le droit à la rente ou à d'autres prestations le 27 janvier 2010.

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 29 mai 2017 établi par son psychiatre traitant, le Dr P._____, dont il déduit une aggravation notable et rendue plausible de son état de santé psychique.

Conformément à ce que soutient le recourant, le rapport du 29 mai 2017, lui-même confirmé par un second rapport établi le 6 novembre 2017, est déterminant dès lors qu'il contient des éléments qui attestent d'une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment de la décision de janvier 2010. Le Dr P._____ a diagnostiqué l'existence de troubles dépressifs sévères et d'un état de stress post-traumatique consécutif à une nouvelle agression alors que l'assuré était au volant de sa voiture qui a ravivé le traumatisme de la première agression subie par celui-ci en 2002. En novembre 2017, le psychiatre traitant a ajouté le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). L'incapacité de travailler d'abord à 100%, du 28 novembre 2016 au 17 janvier 2017, puis à 50% depuis, était à nouveau totale en novembre 2017 compte tenu d'un état psychique affecté par plusieurs deuils dont le décès d'un cousin proche de l'assuré. Lors de ses consultations, le Dr P._____ a observé chez le recourant un affaissement de l'humeur, un état morose, une perte de motivation avec un discours auto-dévalorisant, des angoisses diffuses, une perte de sens de vie et de confiance en lui, une perte d'estime de lui-même, avec des idées suicidaires scénarisées, des ruminations, des troubles du sommeil avec des cauchemars en relation avec les agressions subies, ainsi que des troubles alimentaires. On relèvera dans le même sens et par surabondance que l'actuel employeur ([...]) ne conteste pas l'incapacité de travail totale au long cours du recourant dans son poste de travail attestée par certificat médical (pièce 204, p. 8 et 9). De plus et comme il le souligne dans son mémoire du 2 mars 2018, le recourant a, par le passé,

souffert de problèmes psychiques. En 2012 - 2013, le Dr N._____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis le mois de mars 2012. Dans ses rapports des 3 octobre 2012 et 25 février 2013, l'ancien psychiatre traitant mentionnait l'introduction d'une psychothérapie à une fréquence rapprochée avec la prise de médicaments. Il avait retenu une totale incapacité de travail de l'assuré du 12 juillet au 31 décembre 2012, avec une rémission complète de la symptomatologie autorisant à cette dernière date, la reprise d'une activité professionnelle.

L'affection psychique n'avait pas été diagnostiquée lors de la précédente décision du 27 janvier 2010. En effet, lors de la première procédure durant laquelle le recourant a été réadapté avec succès, il n'avait pas été question de troubles de nature psychique. L'atteinte psychique constitue ainsi une nouvelle atteinte par rapport à l'état de santé que présentait l'assuré en 2010.

Les rapports du Dr P._____ des 29 mai et 6 novembre 2017 sont suffisamment plausibles pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une instruction de la cause.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausible une modification de son état de santé, justifiant une entrée en matière sur la demande présentée le 7 avril 2017. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations et instruisse la cause au fond, ce qu'il admet au demeurant.

5. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis.

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'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'OAI, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. TVA comprise, au regard de l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et de les mettre à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 31 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour entrée en matière sur la demande de prestations déposée par U._____ le 7 avril 2017.
- 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :