

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 janvier 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral et Mme Bérberat, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI ; 53 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, était employé d'exploitation auprès de T._____ depuis 1999, sans formation professionnelle. Il a été licencié avec effet au 31 mai 2012.

Le 28 mars 2011, l'assuré a adressé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 6 avril 2011 à l'OAI, la médecin traitante de l'assuré, la Dre Y._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle sur troubles statiques, séquelles d'ostéodystrophie de croissance et dysbalance musculaire et tendinopathie du moyen fessier gauche, ainsi que de réactions mixtes anxieuses et dépressives. Elle a joint un rapport établi le 22 novembre 2010 par la Dre L._____, médecin associée à l'unité du rachis du Centre K._____ (ci-après : le K._____), qui avait diagnostiqué des lombalgies chroniques d'origine multifactorielle sur troubles statiques du rachis, des séquelles d'ostéodystrophie de croissance, des dysbalances musculaires et une tendinopathie du moyen fessier gauche, un déconditionnement physique focal et global, une réaction mixte anxieuse et dépressive, ainsi que des difficultés dans l'environnement familial.

Par avis du 4 mai 2011, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu des lombalgies chroniques, sans substrat somatique pouvant expliquer les douleurs. Il n'y avait pas d'atteinte à la capacité de travail dans l'activité habituelle. Il a observé que toute la palette des traitements conservateurs avait été tentée sans aucun succès.

Conformément à son projet de décision du 24 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations,

en raison de l'absence d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité professionnelle habituelle.

Dans un courrier du 14 juin 2011, complété le 15 juillet suivant, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce préavis.

Invitée par l'OAI à fournir des explications complémentaires, la Dre Y. _____ a indiqué, dans un rapport du 2 septembre 2011, que la situation restait désespérante. Les « blocages » se répétaient, associés à une irradiation dans le membre inférieur gauche qui ne trouvait pas de substrat objectif. Au plan psychiatrique, les troubles dépressifs s'accroissaient. Cette médecin a de même établi une liste de limitations fonctionnelles, telles que décrites par son patient, aux termes desquelles les positions debout seraient impossibles au-delà de 45 à 60 minutes, de la même manière que la position assise au-delà de 30 minutes. La marche serait limitée à une heure à plat. Quant à la montée des escaliers, elle serait limitée à quelques marches. Les tâches ménagères seraient impossibles et certaines activités de la vie quotidienne nécessiteraient l'aide de l'entourage. S'agissant de la capacité de travail, la Dre Y. _____ a considéré qu'en l'état actuel, elle ne voyait pas de possibilité de capacité de travail théorique.

A teneur de leur rapport du 22 janvier 2012, le Dr C. _____, chef de clinique adjoint au Département psychiatrique du K. _____, et M. _____, psychologue, ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F32.11), depuis 2007, avec effet sur la capacité de travail. Concernant les restrictions psychiques, il existait une fatigabilité importante lors des tâches physiques, une fixation mentale sur les douleurs associées à une kinésiophobie et des troubles de l'attention. Le patient présentait par ailleurs peu de « capacité de coping », un fonctionnement passif et évitant, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse et dépressive avec une grande fatigabilité, ce qui limitait les capacités d'adaptation et le rendement. Il n'y avait cependant pas de contre-

indication à une reprise d'activité du point de vue psychiatrique, mais des limitations du fait du trouble de l'humeur et des troubles psychologiques.

Sur proposition du 5 mars 2012 du SMR, suivie d'une demande en ce sens de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs E._____, spécialiste en médecine interne, A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en rhumatologie, tous médecins auprès du S._____. (ci-après : le S._____). Celle-ci a fait l'objet d'un rapport du 24 septembre 2012, aux termes duquel ces experts ont posé, sur le plan rhumatologique, les diagnostics de rachialgies chroniques sans explication objectivable – si bien qu'aucune invalidité ne pouvait être retenue à cet égard –, et de périarthrite de la hanche gauche sur tendinite d'insertion du moyen fessier – pouvant justifier des limitations temporaires, soit d'éviter de longues déambulations et de longues marches en terrain inégal, mais ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée, encore moins définitive. Sur le plan psychique, les experts ont relevé un trouble somatoforme, qui ne remplissait néanmoins pas les critères jurisprudentiels de trouble invalidant. A cet égard, la capacité de travail restait ainsi de 100 %. Ils ont également relevé une symptomatologie dépressive qui était fluctuante, pouvant parfois temporairement diminuer légèrement le rendement, sans que cette diminution ne dépasse toutefois les 10 à 20 %. S'agissant en particulier de l'atteinte rhumatologique, les experts ont indiqués ce qui suit (sic) :

« La présente expertise ne révèle rien de plus que ce qui a déjà été envisagé par tous les intervenants. Les plaintes qui justifieraient l'absence au travail impliquent le rachis et les hanches. Elles ne s'accompagnent d'aucune complication neurologique périphérique déficitaire motrice ou sensitive, qu'elles soient radiculaires ou tronculaires [...]. Toutes les investigations y relatives n'ont pas permis de mettre en évidence une lésion anatomique, qu'elle soit dégénérative, inflammatoire ou tumorale, susceptible de les expliquer. Lors de l'examen de l'appareil locomoteur, au cours duquel la collaboration de l'assuré n'a pas été bonne, force a été de constater la présence de nombreux signes de non organicité laissant suggérer une tendance à l'amplification des symptômes.

Nous nous trouvons donc devant une situation où les plaintes subjectives n'ont pas de corrélation objective. Le léger trouble statique rachidien ne peut expliquer les intensités douloureuses permanentes exprimées, pas plus que les dysbalances musculaires que nous n'avons pas observées. Nous sommes en présence d'un

syndrome douloureux chronique concernant le rachis, sans explication objectivable si bien qu'aucune invalidation [recte : invalidité] ne peut être retenue : le rachis lombaire n'est objectivement pas limité et la colonne cervicale ne montre aucune lésion anatomique sérieuse susceptible de jouer un rôle de maladie. »

Aux termes de sa décision du 31 janvier 2013 et sur la base de cette expertise multidisciplinaire, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 mai 2011 et a rejeté la demande de prestations.

Dans l'intervalle, l'assuré avait soumis son dossier au Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, dans son rapport du 19 février 2013, intitulé « Etude de faisabilité d'expertise », a évoqué le diagnostic de fractures vertébrales lombaires dans le cadre d'une ostéoporose, atteinte ayant été confirmée par ostéodensitométrie osseuse. En outre, un scanner lombaire avait permis de constater, s'agissant du rachis lombaire, un spondylolisthésis de la 5^e vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée de type I selon Myerding sur spondylolyse. Le Dr V._____ observait que la « capacité médico-théorique de travail » était nulle.

b) Saisi d'un recours interjeté le 7 mars 2013 par l'assuré, la Cour de céans a, dans un arrêt du 25 novembre 2013 (AI 69/13 - 280/2013), admis le recours, annulé la décision du 31 janvier 2013 de refus de prestations et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en effet considéré que les examens, dont faisait état le Dr V._____, avaient mis en évidence une ostéoporose et une ostéopénie. Ces constatations étaient nouvelles et les experts, comme d'ailleurs les médecins traitants, n'en avaient pas connaissance. A ce stade, il restait cependant encore à déterminer si ces nouveaux diagnostics permettaient de conclure à l'existence de fractures vertébrales, respectivement à une incapacité de travail, et de vérifier si le spondylolisthésis diagnostiqué par le Dr V._____ correspondait à une constatation nouvelle. Il appartenait dès lors à l'intimé de compléter l'instruction sur ces points.

B. a) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a interpellé la Dre Q._____, médecin associée au Service de rhumatologie et Centre des maladies osseuses du K._____. Le 27 février 2014, celle-ci a transmis son rapport du 11 juillet 2013. Elle a posé les diagnostics d'ostéoporose densitométrique non-fracturaire, de maladie de Scheuermann avec séquelles d'ostéodystrophie de croissance multiétagées, ainsi que d'une insuffisance en vitamine D et peut-être en phosphate. Cette praticienne a ajouté avoir été en mesure d'exclure toute fracture vertébrale. En sus, elle a précisé avoir indiqué à l'assuré que le traitement de l'ostéoporose ne changerait rien à ses lombalgies, celles-ci étant sans rapport avec la maladie ostéoporotique, compte tenu de l'absence de fracture. En effet, selon elle, ces lombalgies étaient en rapport avec les troubles statiques et de croissance, ainsi qu'avec le déconditionnement musculaire global et focal.

Dans son rapport du 5 mai 2014, la Dre Q._____ a ajouté que l'ostéoporose, sans tenir compte des autres atteintes, n'entraînait pas de limitations fonctionnelles et n'influçait pas la capacité de travail.

Par projet de décision du 22 juillet 2014, l'OAI a fait savoir qu'il comptait rejeter la demande, se basant sur les rapports des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014 de la Dre Q._____. Les conclusions des experts du S._____ restaient dès lors valables, s'agissant en particulier de la capacité entière de travail de l'assuré.

Le 4 septembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections à l'OAI et requis que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 20 octobre 2014, la Dre Y._____ a transmis à l'OAI les résultats d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 18 septembre 2014. Selon le rapport du 19 septembre 2014 du Prof. AA._____, spécialiste en radiologie, il n'existait pas d'explication visible sur l'IRM quant à la symptomatologie présentée par le patient, mais on notait toutefois des séquelles de Scheuermann pluriétagées et une lyse isthmique L5 bilatérale non décompensée.

Le 28 novembre 2014, l'OAI est entré en possession du rapport du 12 novembre 2014 du Dr W._____, spécialiste en neurologie, qui avait conclu qu'il n'y avait pas de participation neurologique à la symptomatologie douloureuse.

Se prononçant dans un avis SMR du 5 janvier 2015, les Dres U._____ et BB._____, médecins auprès du SMR, ont confirmé se rallier aux conclusions des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014 de la Dre Q._____ (concernant l'ostéoporose), du 19 septembre 2014 du Prof. AA._____ (qui ne mentionnait pas l'existence d'un spondylolisthesis) et du 12 novembre 2014 du Dr W._____ (sur le plan neurologique). Avec ces éléments, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise S._____.

Par décision du 9 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant ainsi son projet du 22 juillet 2014.

b) Par acte du 18 mars 2015, l'assuré a formulé recours à l'encontre de cette décision auprès de la Cour de céans, estimant en particulier l'instruction comme étant lacunaire.

Au cours de cette deuxième procédure de recours, l'assuré a produit, le 6 juillet 2015, un rapport du 10 juin 2015 du Dr CC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a en particulier diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques, résistantes à tous les traitements conservateurs instaurés jusqu'à présent, sur troubles dégénératifs débutants de la colonne cervicale, spondylolyse L5 bilatérale, avec spondylolisthesis de 1^{er} degré L5 sur S1 et séquelles de maladie de Scheuermann, ainsi qu'une ostéoporose en traitement, une périarthrite de la hanche gauche et une tendinopathie du moyen fessier. Ce médecin a en particulier indiqué que lors de l'examen clinique, il avait mis en évidence de nombreux signes de non organicité. Les douleurs dépassaient largement celles qu'on pouvait espérer au vu de l'examen somatique et du bilan radiologique. Une

amplification des symptômes pouvait également être suspectée. Selon ce praticien, même dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré n'était pas complète, une diminution de 25 % étant justifiée, en raison des douleurs chroniques. L'assuré pouvait effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. Il devait éviter le port de charge supérieur à 10 kg, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, et pouvait travailler dans une activité où il pouvait alterner, à sa guise, la position debout avec la position assise. Par ailleurs, de courts déplacements à plat étaient possibles.

Conformément à son arrêt du 30 juin 2016 (AI 67/15 - 265/2016), la Cour de céans a confirmé la décision du 9 février 2015 de l'OAI et rejeté le deuxième recours entrepris par l'assuré. S'agissant en premier lieu du volet somatique, elle a en substance considéré que la position de la Dre Q._____ (cf. rapport des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014) était claire, suffisamment probante et convaincante, de sorte qu'il devait être retenu que l'ostéoporose n'induisait pas de limitations fonctionnelles et restait sans influence sur la capacité de travail. Pour ce qui était du diagnostic de spondylolisthésis, mis en avant par le Dr V._____, les mesures d'instruction de l'OAI avaient permis d'exclure toute incapacité de travail en relation avec cette atteinte. Cette conclusion s'imposait au vu des rapports du 19 septembre 2014 du Prof. AA._____ et du 12 novembre 2014 du Dr W._____. En définitive, au moment de leur avis du 5 janvier 2015, les Dres U._____ et BB._____ disposaient de suffisamment d'éléments pour constater que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles durables justifiées. Quant au rapport du 10 juin 2015 du Dr CC._____, il ne permettait pas de parvenir à une autre conclusion. Ce dernier n'apportait aucun élément fondamentalement nouveau permettant de s'écarter des conclusions des experts du S._____, émettant simplement une appréciation légèrement divergente de la capacité de travail résiduelle, sans toutefois justifier cette différence d'évaluation, hormis par la persistance des douleurs alléguées par l'assuré et la présence de la périarthrite de la hanche. De leur côté, les experts du S._____ avaient procédé à un examen particulièrement circonstancié et

leurs conclusions étaient claires et convaincantes, remplissant entièrement les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il convenait dès lors d'attribuer à leur rapport du 24 septembre 2012 une valeur probante plus élevée qu'à celui du Dr CC._____. S'agissant en second lieu du volet psychiatrique, la Cour de céans a retenu que le trouble somatoforme douloureux, mis en évidence par les experts du S._____ et les médecins du SMR, n'avait pas d'effet invalidant, même en application des nouveaux critères d'évaluation établis par la jurisprudence. Par ailleurs, les experts n'avaient retenu aucune comorbidité psychiatrique invalidante. Il n'y avait ainsi pas de diagnostic psychiatrique de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré. En conséquence, l'Autorité de céans a considéré que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, qui restait adaptée.

C. a) En parallèle à la procédure de recours susmentionnée, l'assuré a déposé le 30 juin 2016 une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé, mise en évidence par le Service d'urgence du K._____.

Le 15 septembre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 12 septembre 2016 de la Dre Y._____ qui avait confirmé les diagnostics de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle, des séquelles d'ostéodystrophie de croissance, des troubles statiques, un spondylolisthésis L5-S1 grade 1 sur lyse isthmique bilatérale, une ostéoporose densitométrique, une dysbalance musculaire et tendinopathies multiples, des troubles anxieux et dépressifs, une toux chronique sur reflux gastro-œsophagien et une sinusite chronique.

Afin de compléter ses allégations, l'assuré a informé l'OAI, le 12 décembre 2016, d'une aggravation de ses atteintes somatique et psychiatrique. A cet égard, il a produit une partie de son dossier médical auprès du K._____.

Appelées à se déterminer sur les divers rapports produits par l'assuré, les Dres FF._____ et GG._____, médecins auprès du SMR, ont

estimé dans un rapport du 22 mars 2017 que les troubles somatiques et psychiatriques décrits étaient déjà connus et largement discutés avant le jugement du 30 juin 2016.

b) Par projet de décision du 10 avril 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré entendre refuser d'entrer en matière sur sa seconde demande de prestations.

A teneur de son courrier du 23 mai 2017, l'assuré a fait valoir ses objections à l'encontre de ce préavis, invoquant l'aggravation de son état de santé depuis juin 2016, en raison du développement de sa maladie osseuse.

Conformément à sa décision du 8 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations du 30 juin 2016 de l'assuré.

D. **a)** Le 19 août 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant toujours valoir une aggravation de son état de santé, propre à engendrer une révision au sens de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). A l'appui de son argumentation, il a produit un rapport du 23 octobre 2017 du Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, qui avait répondu à des questions soumises par le conseil de l'assuré de la manière suivante (sic) :

« À votre question numéro 1, quel est le status de Monsieur F._____, quel est le diagnostic correspondant ?

[...] En conclusion, le status ne permet pas de poser un diagnostic et est globalement peu contributif. Il est toutefois potentiellement compatible avec une spondylarthropathie, même si l'impression clinique est que ce diagnostic n'expliquerait pas toutes les plaintes et surtout les autres anomalies observées, plutôt suggestives d'un problème musculaire intrinsèque non inflammatoire.

2. L'état de santé de Monsieur F._____ s'est-il aggravé depuis fin juin 2016. Dans l'affirmatif, veuillez préciser depuis quand il décrit cette aggravation ?

À l'anamnèse, votre patient décrit une aggravation de ses douleurs notamment le fond douloureux persistant qui a augmenté. Il lui est

également plus difficile à rester assis et les réveils nocturnes sont plus fréquents. Ainsi, l'EVA de sa douleur fluctue la journée entre 8 et 6 sur une échelle EVA entre 0 et 10 et est à 9 lors de ses réveils nocturnes. Nous avons pris connaissance de son dossier et des différentes expertises que votre patient a réalisées auparavant. Il est à noter que par rapport à notre examen clinique, les contractures musculaires tendent à s'aggraver et les limitations [...] à la mobilisation de son rachis apparaissent augmentées. Lors de la consultation, il doit se lever plusieurs fois pour faire le tour de la salle. J'ai eu beaucoup de peine à le mobiliser au vu de l'apparition en réflexes de contractures multiples musculaires par rachidiennes.

3. Monsieur F. _____ conserve-t-il une capacité résiduelle de travail dans son ancienne activité, à savoir en tant qu'agent d'exploitation à T. _____ ?

Tel que je l'interroge et que je l'examine, il me paraît difficile d'imaginer que monsieur F. _____ puisse réaliser une activité professionnelle. Nous objectivons les contractures musculaires par rachidiennes, contractures aggravées par les mouvements. [...]

4. Monsieur F. _____ conserve-t-il une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée ? Dans l'affirmatif, pouvez-vous préciser dans quelle activité, à quel taux, une perte de rendement devrait-elle être prise en compte ?

Malheureusement, il m'est difficile d'envisager un travail adapté pour ce patient tant qu'il paraît invalidé dans les mouvements de sa vie quotidienne. La prise de position statique ne peut être tenue plus d'un quart d'heure. La mobilité des bras, des épaules et de son tronc est très invalidée.

5. Quel est votre pronostic sur l'évolution de l'état de santé de Monsieur F. _____ ?

Au vu de la chronicité de ses plaintes et l'aggravation progressive, de l'arrêt de travail prolongé et jusqu'à actuellement l'absence de diagnostic, ainsi que l'absence d'une thérapie l'ayant aidé jusqu'à présent, le pronostic de l'évolution de l'état de santé de Monsieur F. _____ est très réservé.

6. Avez-vous autre chose à ajouter ?

Si je peux résumer les points positifs de l'interrogatoire et de l'examen clinique, je serais tenté de mettre en exergue des douleurs de repos très intenses avec des réveils nocturnes fréquents. À l'inspection musculaire, nous constatons effectivement des contractures musculaires importantes, contractures dans des muscles qu'il n'est pas réellement possible de contracter volontairement et qui parlent définitivement en faveur d'une atteinte organique X sous-jacente, même si un diagnostic précis nous élude pour l'instant. [...] Nous pensons finalement qu'un avis d'un médecin spécialiste des pathologies neuromusculaires serait certainement justifié afin d'écartier ou de ne pas rater un autre problème sous-jacent, en particulier une myopathie héréditaire. »

Par projet de décision du 22 août 2019, l'OAI a annoncé qu'il projetait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Selon lui, les constatations du Dr Z._____ correspondaient à une appréciation différente d'un même état de fait.

b) Dans un courrier du 30 août 2019, l'assuré a objecté contre ce projet. Il a conclu qu'il était limpide qu'il existait une aggravation de son état de santé, propre à engendrer une révision, au sens de l'art. 87 RAI, et, subsidiairement, de faits importants nouveaux, de nature à justifier une révision, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). En substance, le recourant a soutenu connaître une aggravation de son état de santé depuis le mois de juin 2016, qui était mise en exergue par le Dr Z._____. Il a indiqué être dans l'attente d'examen médicaux complémentaires dans la mesure où sa symptomatologie restait encore à ce jour inexplicée. A cet égard, il a produit un courrier du 13 mars 2018 du Dr Z._____, adressé au Service de pathologies neuromusculaires du K._____, aux termes duquel ce médecin demandait que l'assuré soit rencontré pour une consultation et dans lequel il avait notamment posé les diagnostics de contractures musculaires douloureuses et invalidantes para-rachidiennes, tout en indiquant ne pas avoir actuellement d'explication claire à la symptomatologie. Ce médecin avait notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« Ces douleurs sont également en partie mécaniques avec des douleurs qui s'aggravent en fonction des mouvements qu'il réalise. Dès qu'il va un peu au-delà de ses capacités (périmètre de marche 300-500 m, port de charges, position statique tenue longtemps), ces douleurs s'aggravent avec des réveils nocturnes plus fréquents et une difficulté plus importante à s'endormir. [...] »

Par courrier du 2 octobre 2019, l'assuré a complété ses objections et maintenu intégralement ses conclusions du 30 août 2019. Il a en substance exposé souffrir d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, justifiant une incapacité de travail totale. A cet égard, il a porté au dossier les documents suivants :

- Un rapport du 19 septembre 2019 du Dr P._____, spécialiste en néphrologie et médecine interne générale, accompagné d'une fiche de diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), selon les critères de New York 2017, et d'un questionnaire relatif au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile / classique. Ce médecin avait rencontré l'assuré à la consultation des maladies rares et avait retenu les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), selon les critères de New York 2017, avec un score de Beighton 8/9 (critère I), des signes cliniques 6/12 (critère IIA), une anamnèse familiale positive (critère IIB) et des atteintes musculo-squelettiques 3/3 (critère IIC), ainsi que d'ostéoporose traitée par Aclasta, d'hernie hiatale, de surpoids et de status post appendicectomie. Ce médecin avait indiqué ce qui suit (sic) :

« Discussion : Les plaintes et manifestations cliniques présentées par Monsieur F._____ sont compatibles avec un SEDh selon les critères de la classification internationale de New York 2017 : hypermobilité articulaire avec score de Beighton actuel à 8/9, associé à 6/12 manifestations extra-articulaires du tissu conjonctif (cf. questionnaire annexé), une atteinte musculo-squelettique ainsi qu'une anamnèse familiale positive pour SEDh. Monsieur F._____ présente en particulier un syndrome de fatigue chronique, des troubles fonctionnels neurologiques et cognitifs, des anomalies significatives de la proprioception (heurts d'objets, dérobolements du pas, maladresses, blocages respiratoires, signe de l'escalier / dyspnée, fausses-routes, morsures de joue...), un syndrome hémorragique, une fragilité cutanée ainsi qu'une dysautonomie modérée à l'origine de divers troubles fonctionnels.

Le SEDh entre dans le cadre des anomalies héréditaires du tissu conjonctif. Actuellement, 13 sous-types ont été identifiés sur une base clinique et génétique. Cependant, le ou les gènes impliqué(s) dans le type hypermobile n'a (ont) pas été identifié(s) à ce jour. Ce diagnostic repose ainsi sur des critères cliniques et héréditaires. L'AF [anamnèse familiale] est compatible pour un SEDh chez sa maman, sa sœur, sa fille et une cousine maternelle. A relever cependant que l'expressivité du SEDh peut varier significativement au sein d'une même famille. Je ne propose pas d'effectuer d'analyse génétique particulière au vu de ce qui précède (une AF [anamnèse familiale] positive équivaut à un test génétique positif). [...]

On constate également chez Monsieur F._____ la présence de manifestations neurologiques fonctionnelles à type de capacité fluctuante d'attention, de concentration, de mémorisation, d'orientation, signe du coq à l'âne, d'hyperesthésie (ôte les étiquettes des vêtements), d'hyperacousie avec signe du brouhaha, d'hyperosmie, de mouvements anormaux, d'ancien mal des transports, d'éblouissement, manifestations fréquemment rapportées dans le SEDh. [...]

Au total, Monsieur F. _____ présente tous les critères cliniques d'un SEDh, d'intensité moyenne à sévère ayant abouti à une incapacité de travail. L'errance diagnostique ainsi que la remise en question de la crédibilité du patient l'ont particulièrement affecté au cours des dernières années. Une première étape pourrait être une évaluation de la capacité au travail via des épreuves ergothérapeutiques [...] ».

- Un rapport du 30 septembre 2019 de la Dre I. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui avait indiqué ce qui suit (sic) :

« Il [l'assuré] est suivi à ma consultation depuis août 2018 et il m'a fait part de toutes ses douleurs chroniques principalement des dorsolombalgies avec des contractures par rachidiennes et des crampes aux membres supérieurs. A l'examen clinique les mouvements du tronc sont accompagnés de contractures anormales de la musculature par rachidienne mais je ne retrouve pas autrement de déformation particulière ou autre signe inquiétant. [...] A côté de ses douleurs chroniques, il souffre également d'insomnie avec des parasomnies (il sort en pleine nuit et s'endort dans le jardin, sans souvenir, faits rapportés par son épouse). Il présente des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles mnésiques, une hyperesthésie, des vertiges positionnels.

Son histoire médicale et surtout son dossier est rendue difficile par des multiples spécialistes intervenus sans véritables explications trouvées à sa symptomatologie [...]

Le 13 septembre 2019, il a été examiné par un médecin du K. _____ spécialiste des maladies génétiques et orphelines et un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) a été retenu [...]. Il s'agit d'une maladie héréditaire du tissu conjonctif, mais le gène impliqué dans le sous-type présenté par M. F. _____ n'est pas connu et ainsi le diagnostic repose sur des critères cliniques. [...]

L'errance diagnostic ainsi que la remise en question de sa crédibilité ont particulièrement affecté M. F. _____ amenant à un épisode dépressif et aggravant sa difficulté de la gestion de la douleur motivant également la mise en place d'un suivi par un psychiatre, le Dr HH. _____. Il présente également une dépendance aux Z-drug qui causent en partie ses troubles du sommeil.

Cette problématique assortie à l'absence de revenu financier à son foyer, a amené de forts retentissements sur toute sa famille et M. F. _____ a peu de ressource extérieure et financière. [...]

[...] Sa capacité de travail actuelle est nulle en raison de la fatigue, des troubles cognitifs évoqués, des douleurs musculo-squelettiques empêchant toute activité nécessitant une charge physique même moindre et également la dextérité qui est limitée par l'apparition de crampes aux mains. En effet dans ce syndrome, toute activité continue et prolongée peut engendrer des douleurs avec un effet de

rémanence. Le pronostic général me semble rester très réservé compte tenu de la durée des symptômes. »

Selon un compte rendu de la permanence du SMR du 7 octobre 2019, le Dr JJ._____, médecin SMR, a conclu au maintien du refus d'entrer en matière, dans la mesure où le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ne provoquait aucune nouvelle limitation fonctionnelle qui n'ait pas déjà été prise en compte. Il s'agissait dès lors d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 10 octobre 2019, accompagné d'un courrier du même jour, l'OAI a confirmé son projet du 22 août précédent et a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré. Il a considéré que, bien que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) soit en effet nouveau, celui-ci engendrait les mêmes limitations fonctionnelles que celles prises en compte à l'appui des décisions précédentes. Par ailleurs, l'épisode dépressif, dont faisait mention la Dre I._____ avait déjà été discuté lors de l'expertise effectuée en 2012 et qualifié de réactionnel à la problématique somatique. L'OAI a ainsi conclu que l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé du refus de prestation. Aux termes de sa décision, l'OAI a indiqué ce qui suit (sic) :

« Notre décision est la suivante :

Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations.

Considérants :

Votre demande de prestations a été rejetée le 9 février 2015, confirmé par le tribunal par arrêt du 30 juin 2016.

Le 19 août 2019, nous avons reçu une nouvelle demande. Pour pouvoir entrer en matière, il faut que votre situation professionnelle ou médicale se soit notablement modifiée. Nous n'avons pas pu constater de telles modifications (par ex., pas de nouveau diagnostic, pas de nouvelle situation, etc).

Après examen minutieux des pièces médicales en notre possession, force est de constater que, selon toute vraisemblance prépondérante, il y a pas de modification de votre état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail exigible.

En effet, le rapport du Dr Z._____, rhumatologue, ne rend pas plausible l'aggravation de l'état de santé. Il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Nous ne pouvons donc pas entrer en matière sur votre nouvelle demande.

Notre correspondance du 10 octobre 2019 fait partie intégrante de la présente décision ».

E. Par acte du 14 novembre 2019, F._____ a recouru à l'encontre de la décision du 10 octobre précédent auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen de la demande de révision, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire en ce sens de l'exonération d'avances de frais et sûretés, ainsi que des frais judiciaires, et l'assistance d'un conseil en la personne de Me Jean-Michel Duc. A titre principal, le recourant s'est prévalu d'une violation de l'art. 87 RAI. Selon lui, il existait une aggravation significative de son état de santé sur les plans somatique et psychique, ayant pour conséquence une incapacité de travail totale. A cet égard, il a indiqué que l'intimé n'avait, à tort, pas pris en compte le rapport du 19 septembre 2019 du Dr P._____. Il a également précisé que les douleurs dont il souffrait étaient indéniablement d'origine somatique, et non somatoforme. Par ailleurs, l'allégation selon laquelle le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) – posé par le médecin précité – engendrait les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues dans les décisions précédentes, était erronée. En effet, cette maladie pouvait présenter des séquelles très différentes d'individu en individu, et restait peu connue et difficile à diagnostiquer. De même, l'intimé n'avait pas pris en considération l'aggravation de son état psychique, due notamment à l'errance de diagnostic et à la remise en cause de sa crédibilité depuis de nombreuses années. Le recourant s'est encore référé à différents rapports médicaux, dont ceux du 23 octobre 2017 du Dr Z._____ et du 30 septembre 2019 de la Dre I._____ – qui corroborait intégralement les conclusions du Dr P._____. Il a également produit diverses nouvelles pièces, soit en particulier un rapport du 7 novembre 2019 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique. A titre subsidiaire, le recourant a invoqué qu'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA s'imposait en l'espèce.

Par réponse du 11 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. D'après lui, les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa demande de prestations ne permettaient pas de rendre plausible une modification significative de la situation après le 9 février 2015, date de la précédente décision de refus des mêmes prestations. Il s'est en particulier fondé sur l'analyse médicale faite par le SMR.

Dans un courrier du 30 décembre 2020, le recourant a produit les pièces justificatives à sa demande d'assistance judiciaire. Il a également transmis la liste des opérations de son conseil, celle-ci s'élevant à un total de 1'840 fr., TVA et débours compris.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de

recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Est en l'espèce seule litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé, par sa décision du 10 octobre 2019, a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations, datée du 19 août 2019, du recourant.

3. Dans un moyen principal, le recourant se prévaut d'une violation de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Il considère en substance que les documents médicaux qu'il avait produits étaient susceptibles de démontrer une aggravation significative de son état de santé, dont découlerait une incapacité de travail.

a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de

conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et réf. cit. ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel

qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible de modifier son droit aux prestations, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir la décision du 9 février 2015 de l'intimé, confirmée par arrêt du 30 août 2016 de la Cour de céans.

a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), les pièces produites postérieurement à la décision litigieuse du 10 octobre 2019, soit en particulier le rapport du 7 novembre 2019 du Dr J._____, ne doivent pas être prises en considération et examinées par la Cour de céans pour déterminer si le recourant a rendu plausible une modification de son invalidité de manière à influencer ses droits. Toutefois, on rappellera que ces documents restent relevant s'agissant de la procédure de révision procédurale, dans laquelle une décision de l'intimé doit encore être rendue, tel que développé ci-dessous (cf. consid. 5 *infra*).

b) A l'appui de sa demande de prestations, le recourant a tout d'abord produit un rapport du 23 octobre 2017, ainsi qu'un courrier du 13 mars 2018 du Dr Z._____.

aa) Le Dr Z._____ a indiqué dans son rapport du 23 octobre 2017 qu'en ayant pris connaissance du dossier du recourant et d'après l'examen clinique réalisé, les contractures musculaires para-rachidiennes tendaient à s'aggraver et que les douleurs à la mobilisation du rachis apparaissaient augmenter. Il a dès lors objectivé ces atteintes, tant dans son rapport du 23 octobre 2017 que dans son courrier du 13 mars 2018. Aux termes de ces deux documents, le Dr Z._____ a toutefois indiqué ne pas être en mesure de poser un diagnostic précis et définitif - excepté celui général de « *contractures musculaires douloureuses et invalidantes* ».

para-rachidiennes ». Le status était par ailleurs peu contributif. Il a ainsi proposé, entre autres, que le recourant s'adresse à un médecin spécialiste des pathologies neuromusculaires pour qu'un diagnostic exact puisse être posé.

Les constatations et descriptions cliniques du Dr Z._____ ne diffèrent ainsi pas, ou très peu, des opinions émises antérieurement par les médecins en charge du dossier jusqu'au prononcé de la décision du 9 février 2015, confirmée par l'arrêt du 30 août 2016. De manière globale, ces derniers avaient en effet reconnu l'existence de rachialgies et lombalgies chroniques, mais avaient considéré qu'aucun substrat somatique n'avait pu être mis en évidence pour expliquer les douleurs ressenties par l'assuré (cf. notamment rapports des 6 avril 2011 de la Dre Y._____, 22 novembre 2010 de la Dre L._____, 4 mai 2011 du Dr D._____, 2 septembre 2011 de la Dre Y._____, 19 février 2013 du Dr V._____, 19 septembre 2014 du Prof. AA._____, 10 juin 2015 du Dr CC._____, 11 juillet 2013 de la Dre Q._____, ainsi que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 septembre 2012 des Drs E._____, A._____ et H._____). De même, les médecins avaient exclu, d'une part, que les lombalgies puissent être en rapport avec l'ostéoporose du recourant (cf. rapport du 11 juillet 2013 de la Dre Q._____) et, d'autre part, l'existence d'une participation neurologique à la symptomatologie douloureuse du recourant (cf. rapport du 12 novembre 2014 du Dr W._____).

bb) S'agissant des limitations fonctionnelles, bien que le Dr Z._____ n'en ait pas établi une liste au sens strict, il ressort de son rapport du 23 octobre 2017 que la prise de position statique ne pouvait être tenue plus d'un quart d'heure et que la mobilité des bras, des épaules et du tronc était très invalidée. De son courrier du 13 mars 2018, on retrouvait l'aggravation des douleurs en fonction des mouvements et en cas de position statique tenue longtemps, mais en sus s'ajoutaient un périmètre de marche limité à de 300 à 500 mètres et un port de charge limité.

De telles limitations fonctionnelles avaient néanmoins déjà été considérées auparavant. En effet, elles se retrouvent tant dans le rapport du 2 septembre 2011 de la Dre Y._____, qui avait notamment indiqué que, selon les explications fournies par le recourant, les positions debout et assis ne pouvaient être tenues que pour une petite période de temps, que dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 septembre 2012, ainsi que dans le rapport du 10 juin 2015 du Dr CC._____ qui avait notamment mentionné qu'il fallait éviter le port de charge supérieure à 10 kg, favoriser une activité avec alternance de la position debout et assis et que de courts déplacements à plat étaient envisageables.

Par ailleurs, les difficultés de sommeil et la fatigabilité évoquées par le Dr Z._____ (cf. rapport du 23 octobre et courrier du 13 mars 2018) avaient également déjà été relevées et prises en compte par les intervenants médicaux précédents (cf. notamment rapport du 22 janvier 2012 du Dr C._____ et de la psychologue M._____ qui décrivaient une grande fatigabilité et des troubles de l'attention). Tel avait singulièrement été le cas dans le rapport d'expertise multidisciplinaire du S._____ du 24 septembre 2012, aux termes duquel le recourant indiquait que le temps d'endormissement était long en raison des douleurs, et relevait la présence de réveils nocturnes en raison des douleurs, ainsi qu'une hypersomnie diurne fréquente. Par ailleurs, sur le plan cognitif, les experts avaient également rapporté la présence de troubles de la concentration et de la mémoire, dépendants de la qualité du sommeil.

cc) On indiquera encore que les conclusions du Dr Z._____ sont peu circonstanciées et peu affirmatives.

Par ailleurs, les conclusions de Dr Z._____ relatives à l'aggravation de l'état de santé depuis le mois de juin 2016 (cf. notamment question n° 2 du rapport du 23 octobre 2017) se réfèrent majoritairement aux plaintes et douleurs subjectives que le recourant lui avait décrites. A cet égard, on rappellera que plusieurs médecins avaient fait état d'une tendance à l'amplification des symptômes chez le recourant

(cf. notamment rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 septembre 2012 des Drs E._____, A._____ et H._____ et rapport du 10 juin 2015 du DrCC._____), de sorte que la référence faite aux plaintes subjectives du patient dans le rapport du 23 octobre 2017 ne sont en l'occurrence pas pertinentes.

dd) Au vu de ces considérations, il sied de retenir que le rapport du 23 octobre 2017 et le courrier du 13 mars 2018 du Dr Z._____ ne rendent pas plausible une modification notable de l'état de santé du recourant. Il s'agit en effet d'une appréciation différente de la même situation médicale.

c) Pour justifier sa demande de prestations, le recourant s'appuie également sur le rapport du 19 septembre 2019 du Dr P._____, aux termes duquel un nouveau diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) a été posé pour expliquer les plaintes douloureuses et la symptomatologie.

aa) On commencera par relever que le rapport susmentionné du Dr P._____ correspond en majeure partie à une description générale du SEDh, revenant sur les origines (mal comprises) du syndrome, sa difficulté à être diagnostiqué, ses différents types, les manifestations typiques de la maladie - tel que l'hypersensibilité pharmacologique, des syndromes hémorragiques ou des problèmes cardiaques - et les précautions à prendre pour tout patient atteint par ce trouble.

bb) Le Dr P._____ conclut ensuite son rapport en indiquant qu'au total, le recourant présente tous les critères cliniques du syndrome, d'intensité moyenne à sévère. Il souligne que le SEDh repose sur des critères cliniques et héréditaires, dans la mesure où le/s gène/s impliqué/s dans le type hypermobile n'a/ont toujours pas été identifié/s à ce jour.

Il considère, d'une part, que les plaintes et manifestations cliniques présentées par le recourant sont compatibles avec un SEDh. D'autre part et pour parvenir à cette conclusion, il se réfère en particulier

aux indications données par le recourant à l'appui d'un questionnaire que le médecin a annexé à son rapport. Pour ce qui est des critères héréditaires, ce médecin n'a pas prescrit que soit réalisée une analyse génétique, mais a retenu que l'anamnèse familiale - rapportée très vraisemblablement uniquement par le recourant - était compatible pour un SEDh chez la mère, la sœur, la fille et la cousine maternelle de l'intéressé.

Dès lors, ce praticien s'est dans une très large mesure référé aux indications subjectives et aux plaintes de son patient, seule manière d'ailleurs de parvenir à poser le nouveau diagnostic invoqué, selon les dires du médecin.

cc) Bien que le Dr P. _____ ne le précise pas expressément, il ressort toutefois de ses explications que le recourant serait atteint de ce syndrome depuis le début de sa vie, ce trouble étant une anomalie héréditaire du tissu conjonctif.

Par ailleurs, ce médecin ne fait à aucun moment état d'une aggravation notable ou d'une péjoration significative de l'état de santé du recourant dans son rapport du 19 septembre 2019. Le nouveau diagnostic posé tend bien plutôt à fournir une explication médicale et objective aux douleurs et plaintes ressenties de longue date par l'intéressé.

Les constatations du Dr P. _____ et ce nouveau diagnostic - s'il devait être confirmé -, sont dès lors des éléments susceptibles de constituer un motif de révision procédurale, selon l'art. 53 al. 1 LPGA, la problématique de cette procédure étant développée ci-dessous (cf. consid. 5 *supra*). Ils ne permettent cependant pas de rendre plausible que l'invalidité de l'intéressé s'est modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision du 9 février 2015, au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, et de justifier qu'il soit entré en matière sur la troisième demande de prestations du 19 août 2019.

Par surabondance, s'agissant de l'errance diagnostique et la remise en cause de la crédibilité du recourant, bien que le Dr P. _____ indique que celles-ci aient particulièrement affecté le recourant, ce médecin n'en tire aucune conclusion quant à leur conséquence sur l'état de santé psychiatrique du recourant. On notera par ailleurs que ce médecin n'est pas un spécialiste dans le domaine de la psychiatrie.

d) Finalement, le recourant se réfère au rapport du 30 septembre 2019 de la Dre I. _____.

Or cette médecin ne fait que reprendre à son propre compte, sans véritablement les confirmer, les conclusions médicales sur le plan somatique, ainsi que relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, émises par le Dr P. _____ dans son rapport du 19 septembre 2019. Il suffit donc de se référer à ce qui a été indiqué ci-dessus (cf. consid. 4c *supra*).

De surcroît, la Dre I. _____ relève le problème du manque de ressources financières et de leur impact sur la situation familiale du recourant. Or le fait que des problèmes relationnels pouvaient avoir une influence sur l'état de santé et la capacité de travail avait déjà été observé précédemment (cf. not. rapport du 22 novembre 2010 de la Dre L. _____ et rapport d'expertise pluridisciplinaire du S. _____ du 24 septembre 2012 qui exposait notamment que la situation médicale avait entraîné des conflits relationnels au sein du couple et avec les enfants).

Dans ces circonstances, il ne ressort aucun élément nouveau ou aucune aggravation de l'état de santé du recourant des appréciations de la Dre I. _____, qui justifierait qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande.

Il sied de relever par surabondance que la Dre I. _____ mentionne qu'a été mis en place un suivi psychiatrique auprès du Dr

HH._____. Toutefois, le recourant n'a produit aucun rapport de ce médecin et n'a même pas indiqué s'il le suivait régulièrement.

e) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas rendu plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Dans ces circonstances, son premier grief doit être rejeté, le refus d'entrer en matière de l'intimé étant fondé.

5. Il convient encore d'examiner le grief soulevé à titre subsidiaire par le recourant, à savoir qu'une révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, se justifiait dans le cas d'espèce.

a) L'art. 49 al. 1 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA).

Conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Seule l'autorité administrative qui a rendu la décision entrée en force de chose décidée a la compétence pour la réviser, et non pas l'autorité de recours (qui n'a précisément pas été appelé à examiner la conformité du droit du prononcé administratif initial); la révision procédurale n'a donc pas d'effet dévolutif (Margit Moser-Szeless, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 57 ad art. 53 et les références citées).

b) En l'espèce, aux termes de son écriture du 30 août 2019, complétée le 2 octobre suivant, le recourant a fait valoir ses objections à l'encontre du préavis de décision du 22 août 2019 de l'intimé, et a demandé, pour la première fois, à ce qu'il soit procédé à une révision procédurale, selon 53 al. 1 LPGA. Il a encore répété cette demande dans son acte de recours du 14 novembre 2019, se prévalant du diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), posé par le Dr P._____ dans son expertise du 19 septembre 2019, ainsi que l'expertise du 7 novembre 2019 du Dr J._____. Selon le recourant, ces éléments correspondaient à des faits nouveaux, respectivement des moyens de preuve nouveaux, propres à engendrer une révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

En l'occurrence, la demande de révision procédurale du recourant n'a, à la connaissance de la Cour de céans, pas encore fait l'objet d'une décision, le prononcé litigieux du 10 octobre 2019 ayant pour seul et unique objet le refus d'entrer en matière concernant la troisième demande de prestations de l'intéressé du 19 août 2019.

Par conséquent, les conclusions du recourant relatives à sa demande de révision procédurale sont prématurées, de sorte qu'elles doivent être considérées comme étant irrecevables. L'intimé est toutefois rendu attentif à son obligation de rendre une décision, au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA, sur cette question dans un délai raisonnable.

6. En conclusion, le recours d'F._____, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée, rendue le 10 octobre 2019, de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud confirmée.

7. A l'appui de son acte de recours du 14 novembre 2019, le recourant a déposé une requête d'assistance judiciaire comprenant l'exonération des avances de frais et sûretés, ainsi que des frais judiciaires, et l'assistance d'un conseil en la personne de Me Jean-Michel Duc.

a) Conformément à l'art 29 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face aux frais de la procédure a droit à l'assistance judiciaire, pour autant que sa position dans la procédure ne soit pas d'emblée dépourvue de chances de succès. L'art 61 let. f LPGA concrétise cette disposition pour les procédures de recours relevant des art. 56 ss LPGA.

En droit cantonal, l'art 18 al. 1 LPA-VD prévoit l'octroi de l'assistance judiciaire à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés.

b) En l'espèce, au vu des pièces justificatives fournies par le recourant le 30 décembre 2020, il apparaît que l'intéressé remplit la première condition de l'indigence. De surcroît, compte tenu des explications qui précèdent, les moyens soulevés n'étaient pas d'emblée mal fondés, de sorte que la seconde condition cumulative est également remplie.

Dès lors, il convient d'octroyer au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec exonération de toute franchise mensuelle, ainsi que la désignation de Me Jean-Michel Duc en qualité d'avocat commis d'office, le tout avec effet au 14 novembre 2019.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (état en vigueur au 31 décembre 2020, applicable par l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe.

Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'intéressé est cependant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est dès lors à nouveau rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant de cette indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ).

En l'occurrence, Me Jean-Michel Duc a produit le 30 décembre 2020 sa liste des opérations, qui comprend notamment des débours. Dans la mesure où l'avocat commis d'office a indiqué un nombre d'heures de travail de 8 h 50, ces opérations étant justifiées, le montant de son défraiement équitable, hors taxe, revient à 1'589 fr. 95, en application du tarif horaire susmentionné - la TVA s'élevant dès lors à 122 fr. 40. Il

convient d'ajouter un montant forfaitaire des débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), ce qui correspond à un total de 79 fr. 50. Au final, l'indemnité équitable de Me Jean-Michel Duc est arrêtée à 1'791 fr. 85, débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision rendue le 10 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire pour la procédure de recours, déposée le 14 novembre 2019 par F._____, est admise, en ce sens qu'il est exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle, avec effet au 14 novembre 2019.
- IV.** Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, est désigné en qualité de conseil juridique commis d'office, avec effet au 14 novembre 2019.
- V.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'F._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VII.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc est fixée à 1'791 fr. 85 (mille sept cent nonante-et-un francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par l'Etat.

VIII. F._____ 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 d'office de Me Jean-Michel Duc, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Jean-Michel Duc (pour F._____),
- 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 :

