

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Elio Lopes, avocat à Fribourg,

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. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de Bosnie, est arrivé en Suisse en 199[...]. Depuis le 1^{er} janvier 2000, il a travaillé en tant qu'ouvrier d'exploitation puis machiniste pour la société [...] SA.

Le 7 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique, avec pour conséquences une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire. L'assuré était totalement incapable de travailler (cf. rapport du 4 novembre 2002 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 8 juillet 2003, l'assuré a adressé une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant des fractures consécutives à son accident ainsi que d'un retard de consolidation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a sollicité des rapports auprès des médecins traitants de l'assuré ainsi que le dossier constitué par la CNA.

Dans un rapport du 18 juin 2004, adressé à l'OAI en octobre 2004, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le cubitus était consolidé et a suggéré de réaliser un suivi radioclinique dans douze mois pour évaluer la nécessité d'une nouvelle intervention au niveau du fémur dont la consolidation était alors en bonne voie. L'assuré devrait pouvoir retrouver une activité professionnelle à mi-temps dès le 1^{er} septembre 2004, dans un emploi avec alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 15 kg.

Il ressort notamment du dossier constitué par la CNA que le médecin d'arrondissement a estimé, dans un rapport d'examen du 30 juillet 2004, que l'assuré conservait une pleine capacité de travail du point de vue somatique. La CNA a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dre D._____, spécialiste en psychologie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 janvier 2006, la Dre D._____ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), de dysthymie (F34.1) et de trouble somatoforme persistant (F45.4). La psychiatre a relevé que les troubles psychiques s'étaient manifestés pour la première fois pendant la guerre en ex-Yougoslavie sous forme de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Durant la guerre, l'assuré avait eu le cubitus gauche cassé par des éclats d'obus. Il avait également vu un de ses amis mourir devant ses yeux. Avec le temps, les symptômes avaient diminué puis disparu. L'accident d'octobre 2002 avait fait office de catalyseur et réactivé ce vécu traumatique. La guerre dans son pays d'origine puis l'accident avaient progressivement entraîné une modification durable de la personnalité, un trouble somatoforme et une dysthymie. La symptomatologie avait été réactivée durant l'été 2005, à la suite d'une cérémonie de commémoration. Au jour de l'examen, la capacité de travail était de 70 % sans diminution de rendement. L'assuré était capable de travailler environ 6 heures par jour, fractionnées durant la journée.

Le 10 janvier 2007, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur droit. Son médecin, le Dr F._____ a attesté une incapacité de travail de huit semaines depuis l'opération, du strict point de vue orthopédique. Au-delà de cette période, il a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail théorique de 50 % dans un travail respectant les limitations fonctionnelles déjà évoquées, ajoutant encore l'absence d'exposition aux intempéries.

Après avoir reçu un rapport établi le 6 février 2008 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission

incomplète, en lieu et place d'une dysthymie, l'OAI a mis en œuvre un complément d'expertise auprès de la Dre D._____.

L'experte a examiné l'assuré le 6 octobre 2008 et complété ses examens par un examen neuropsychologique réalisé le 6 novembre 2008 par la neuropsychologue N._____. Dans son rapport du 18 novembre 2008, l'experte a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2003, de modification durable de la personnalité avec expériences de catastrophes (F62.0) depuis 2004, secondaire à des expériences catastrophes soit la guerre en Bosnie, l'accident d'octobre 2002 et la commémoration en 2005, et de dysthymie (F34.1) depuis 2004. Elle a constaté que son examen clinique était superposable à celui effectué en janvier 2006. Elle a toutefois relevé que les constatations de la neuropsychologue étaient en contradiction avec ses propres constatations et les déclarations que lui avait faites l'intéressé, de sorte qu'elles n'étaient pas probantes. La Dre D._____ a retenu que des phénomènes de majoration étaient présents. Elle a encore estimé que les deux premiers diagnostics posés interféraient à hauteur de 30 % sur la capacité de travail en raison des limitations fonctionnelles suivantes : seuil douloureux abaissé, irritabilité en fonction des circonstances, diminution de la résistance au stress, capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et difficultés à accepter ses limites physiques. La capacité de travail était donc de 70 % tant dans les activités simples de son précédent emploi que dans toutes autres activités. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraissait compromis au vu des représentations négatives et du comportement d'invalidé adopté par l'assuré. L'experte a précisé que l'intéressé avait été totalement incapable de travailler d'octobre 2002 au début de l'année 2003 en raison d'un état de stress post-traumatique, qu'il avait été incapable de travailler à 60 % de mi-2004 à fin 2005 en raison d'une modification durable de la personnalité après une succession d'expériences de catastrophes et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, puis incapable de travailler à 30 % de janvier 2006, date de sa première expertise, à ce jour, en raison des diagnostics qu'elle avait retenus.

Par décision du 9 avril 2010, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2003 au 30 novembre 2004, à un trois quarts de rente du 1^{er} décembre 2004 au 31 mars 2006, le droit à la rente étant supprimé du 1^{er} avril au 31 décembre 2006, puis à une rente entière du 1^{er} janvier au 30 mai 2007, le droit à la rente étant à nouveau supprimé au 1^{er} juin 2007.

Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 15 septembre 2011 (AI 186/10 - 428/2011) puis par arrêt du Tribunal fédéral du 11 octobre 2012 (TF 8C_781/2011).

B. Le 7 novembre 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande auprès de l'OAI, évoquant une aggravation de son état de santé depuis 2009 ainsi qu'une dépression avec idées suicidaires. L'assuré a joint à son envoi un rapport du médecin conseil de l'assurance-chômage du 17 mai 2011 le considérant comme totalement incapable de travailler, ainsi qu'un rapport établi le 7 novembre 2011 par le Dr K._____ faisant état d'une aggravation de sa santé mentale et de ses troubles anxieux depuis le mois de février 2009.

L'OAI a accusé réception de cette demande, précisant qu'il attendrait la fin de la procédure pendante devant le Tribunal fédéral pour y donner suite.

Le 21 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa nouvelle demande comme une demande de révision qui ne pouvait être examinée que s'il rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des rapports médicaux.

Au vu des pièces produites par l'assuré, soit notamment un rapport établi le 30 novembre 2012 par le Dr K._____ attestant d'une anxiété généralisée et d'un épisode dépressif actuel moyen à sévère avec

transitoirement des symptômes psychotiques, le SMR a préconisé, dans un avis du 20 novembre 2013, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volet orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique.

Le 5 mars 2014, l'OAI a confié la réalisation de cette expertise au Centre Q._____, soit plus particulièrement aux Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, O._____, spécialiste en neurologie, et au neuropsychologue P._____.

Au terme de leur rapport du 15 août 2014, les experts ont retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de fracture du fémur droit depuis le 7 octobre 2002, de fracture ouverte des deux os de l'avant-bras gauche en 1992 aggravée par une fracture du cubitus gauche le 7 octobre 2002, de conflit sous-acromial de l'épaule gauche et de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0) de faible impact clinique. Ils ont également posé les diagnostics d'hypertension artérielle depuis 2003, de probables migraines et de probable dysthymie (F34.1) actuellement compensée, sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Elle était de 80 % dans une activité adaptée au jour de l'expertise, en raison du diagnostic psychiatrique invalidant. Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan physique : perte de pronosupination du membre supérieur gauche qui ne pouvait pas être utilisé en force, ni pour des mouvements de précision dans le cadre de manutention légère.

Dans un projet de décision du 14 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, relevant que les experts avaient constaté l'absence d'aggravation durable de son état de santé, faisant même état d'une amélioration avec une capacité de travail désormais de 80 % dans une activité adaptée.

Le 19 novembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections. Il a indiqué prendre acte des conclusions du rapport d'expertise et renoncer à requérir une nouvelle expertise ou un complément. Il a réclamé la mise en œuvre de mesures de réinsertion, dès lors qu'il n'avait pratiquement plus travaillé depuis son accident.

Par décision du 5 janvier 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision en tant qu'il concernait le refus de rente d'invalidité. Dans un courrier séparé daté du même jour, l'OAI a expliqué à l'assuré qu'il transmettait le dossier à son service de réadaptation pour prise de position quant à des mesures professionnelles.

Suivant les recommandations du service de réadaptation (cf. rapport final de réadaptation du 26 octobre 2015), l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'aide au placement, lui refusant toutes autres mesures professionnelles (cf. communication du 5 novembre 2015 et décision du 15 décembre 2015).

Après avoir intégré la Fondation IPT pour une mesure du 15 mars au 31 juillet 2016 et séjourné à la Clinique [...] du 22 décembre 2016 au 27 janvier 2017, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était dégradé ce qui ne lui permettait pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. L'OAI a en conséquence fermé le dossier d'aide au placement de l'intéressé (cf. courrier du 9 juin 2017).

C. Le 17 juin 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son assistante sociale, a adressé une troisième demande à l'OAI, faisant état de trouble post-traumatique dû à la guerre et de trouble dépressif récurrent existant depuis octobre 2002.

Par courrier du 23 juin 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa nouvelle demande comme une demande de révision qui ne pouvait être examinée que s'il rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des rapports médicaux.

Le 4 août 2020, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. L'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la décision de rejet des prestations du 15 décembre 2015 alors que l'assuré devait, dans le cadre de sa nouvelle demande, rendre plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée.

Par courrier non daté reçu par l'OAI le 20 août 2020, l'assuré a indiqué que sa demande du 17 juin 2020 ne concernait pas les mêmes problèmes de santé que ceux décrits dans sa demande de 2011, mais un problème de santé présent avant son accident de 2002. Il a précisé que sa psychiatre traitante n'avait pas eu le temps d'adresser son rapport et allait le faire prochainement.

L'OAI a en conséquence accordé à l'assuré un délai au 24 septembre 2020, prolongé au 19 octobre 2020, pour lui faire parvenir tout élément susceptible de lui permettre de revoir sa position.

Le 19 octobre 2020, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a demandé à l'OAI qu'un nouveau délai lui soit octroyé pour produire d'éventuelles pièces médicales complémentaires en lien avec sa récente hospitalisation en cours depuis le 9 octobre 2020. Il a du reste indiqué avoir été victime d'une rupture du tendon du biceps droit en juin 2020 et avoir été hospitalisé au Centre de psychiatrie Z._____ du 28 juillet au 14 août 2020. Son état de santé physique et psychique s'était aggravé depuis la dernière décision de l'OAI, ce qu'attestait ses médecins traitants. Dans un rapport du 8 septembre 2020, les Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____ exposaient que l'assuré présentait une anhédonie importante, avait une thymie basse, décrivait son accident de la voie publique de 2002 comme un tournant dans sa vie, disait souffrir d'une grande tristesse en raison de son handicap et décrivait un grand sentiment de solitude. Dans un second rapport du 24 septembre 2020, ces médecins retenaient le diagnostic de modification durable de la personnalité après une succession

d'expériences de catastrophe (F62.0) et évoquaient une nette aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise de 2014. L'assuré avait des limitations fonctionnelles qui réduisaient sa capacité de travail à 40 %. Dans une activité adaptée, il pouvait travailler à temps partiel. En réponse à un questionnaire du 8 septembre 2020, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, exposait, dans un rapport du 28 septembre 2020, avoir vu l'assuré pour la première fois en mai 2006, que l'état de santé de celui-ci s'était dégradé depuis l'expertise de 2014 en ce sens que l'état anxio-dépressif s'était dégradé, que la mobilité semblait moins bonne, que la fatigabilité avait augmenté et qu'il y avait eu une rupture du tendon du biceps droit. La capacité de travail exigible était de 50 % et le rendement faible au vu de la limitation du port de charges lourdes par le bras droit. Dans un rapport du 5 octobre 2020, le Dr X._____ confirmait la déchirure distale du tendon du biceps qui avait été réinséré chirurgicalement. L'assuré, en rééducation, avait récupéré une bonne mobilité mais manquait de force. Sa capacité de travail était pour l'heure nulle.

L'OAI a soumis ces nouveaux rapports au SMR pour avis. Se prononçant le 15 décembre 2020, le SMR a considéré que, sur le plan somatique, les lésions connues ne s'étaient pas aggravées. S'agissant de la nouvelle atteinte au tendon du biceps, les experts considéraient de manière générale qu'une rupture du chef supérieur du long biceps n'était pas incapacitante et qu'une convalescence de quatre mois était admise en cas de réimplantation. En l'occurrence, s'il y avait bien une aggravation de la situation somatique, elle n'était pas durable ; en effet, deux mois après son opération de réimplantation, l'assuré avait récupéré sa mobilité et presque sa force. Sur le plan psychique, le diagnostic de modification durable de la personnalité était connu et n'entraînait pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Concernant la thymie, l'assuré était décrit dans le rapport du 8 septembre 2020 comme n'ayant pas de peine à occuper ses journées, de sorte que la situation sociale et financière de ce dernier avait été prise en compte. Le status était également purement anamnestique. Le rapport du 24 septembre 2020 était plus informatif, mais les troubles cognitifs mentionnés étaient déjà connus de longue date

et considérés comme non incapacitants lors de l'expertise de 2014. Dans ces conditions, il y avait lieu de maintenir le projet de décision.

Par décision du 12 janvier 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande déposée le 17 juin 2020 par l'assuré, confirmant son projet de décision du 4 août 2020.

D. Par acte de son mandataire du 11 février 2021, V._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 17 juin 2020 et procède aux investigations médicales nécessaires. Le recourant a d'abord invoqué la violation de son droit d'être entendu, dès lors que l'OAI n'avait pas fait droit à sa requête de délai supplémentaire pour produire d'autres pièces relatives à son hospitalisation. Il a ensuite soutenu qu'il avait rendu plausible une aggravation de son état de santé au moyen des rapports produits au stade de son objection, de sorte que l'intimé devait entrer en matière.

Par réponse du 1^{er} avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Réitérant ses arguments, l'OAI a argué, s'agissant de la violation du droit d'être entendu du recourant, qu'il était exigible de l'assuré qu'il produise des éléments médicaux rendant plausible une aggravation de son état de santé dans le laps de temps écoulé entre le dépôt de sa demande en juin 2020 et la décision entreprise du 12 janvier 2021. L'OAI n'avait pas agi de manière arbitraire et aucune mesure d'investigation complémentaire n'était alors justifiée.

Répliquant le 20 mai 2021, le recourant a ajouté, s'agissant de la violation de son droit d'être entendu, que l'intimé ne lui avait pas indiqué que l'avis SMR du 15 décembre 2020 sur lequel il s'était fondé pour rendre sa décision avait été versé au dossier, le privant d'une possibilité de se déterminer sur son contenu. Il a encore reproché à l'OAI de ne pas s'être prononcé sur le rapport du 28 septembre 2020 du Dr T._____. Le recourant a encore produit un rapport du 26 février 2021 du

DrX._____ faisant état des conséquences de la rupture du tendon du biceps, un rapport de stage du 10 septembre 2020 établi par l'œuvre suisse d'entraide ouvrière ainsi qu'un rapport du 17 août 2020 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sujet de son hospitalisation du 28 juillet au 14 août 2020.

Dans des déterminations complémentaires du 27 mai 2021, le recourant a encore produit un rapport établi le 25 mai 2021 par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'agissant de son hospitalisation du 9 au 23 octobre 2020. Le Dr J._____ y indiquait que l'assuré avait été hospitalisé en raison d'un trouble dépressif moyen, ce qui attestait d'une aggravation de son état de santé, mais également du fait que l'OAI aurait dû lui accorder un délai pour produire ce rapport.

Dupliquant le 16 juin 2021, l'intimé a réitéré ses conclusions en rejet du recours. Il a précisé que les nouvelles pièces produites par le recourant ne sauraient être prises en considération dans la présente procédure. Il a enfin expliqué que l'avis SMR du 15 décembre 2020 était uniquement un résumé des pièces produites depuis le dépôt de la nouvelle demande et une prise de position à leur égard. L'appréciation du SMR avait en outre été matérialisée par la décision entreprise. Au surplus, cette pièce faisait partie intégrante du dossier consultable en tout temps par le recourant.

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. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant soulève une violation de son droit d'être entendu, formulant plusieurs reproches à l'encontre de l'intimé.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit

tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) Le recourant estime d'abord que l'intimé a violé son droit d'être entendu dès lors qu'il ne lui a pas indiqué que l'avis du SMR du 15 décembre 2020 sur lequel il a fondé sa décision de refus d'entrer en matière avait été versé au dossier. Il reproche ensuite au SMR de ne pas s'être prononcé sur le rapport médical du 28 septembre 2020 du Dr T._____ qu'il a produit à l'appui de ses objections.

L'OAI n'avait toutefois pas à indiquer au recourant qu'un avis SMR avait été versé au dossier, dès lors que ces avis ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier au plan médical (art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'accès au dossier a du reste été garanti en tout temps durant l'instruction de sorte que le droit d'être entendu du recourant a été respecté (ATF 112 la 198 consid. 2a).

S'agissant de l'absence de justification de mise à l'écart du rapport du Dr T._____, on rappellera qu'en termes de motivation, l'assureur n'a pas à prendre position sur tous les éléments invoqués en procédure administrative mais qu'il peut se limiter aux éléments déterminants fondant sa décision (art. 74 al. 2 RAI ; ATF 143 III 65 consid. 5.2). Or l'OAI a précisé les motifs de son refus d'entrer en matière dans un courrier explicatif joint à la décision entreprise, lequel faisait partie intégrante de celle-ci. Il a encore adressé une copie de l'avis SMR du 15 décembre 2020 en annexe à ce courrier. La motivation de la décision attaquée permet donc de comprendre les éléments qui ont été retenus à l'appui du positionnement de l'intimé et pourquoi ils l'ont été. Le grief de la violation du droit d'être entendu doit dès lors être écarté.

b) Le recourant reproche encore à l'intimé de ne pas lui avoir octroyé un délai supplémentaire pour produire d'éventuelles pièces

relatives à son hospitalisation qui avait débuté le 9 octobre 2020, alors qu'il l'avait requis dans son courrier du 19 octobre 2020. Compte tenu du pouvoir d'examen relativement limité du juge en matière de nouvelle demande, il conteste que ce vice puisse être réparé en procédure de recours.

En réalité, s'agissant en l'occurrence d'un grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que le recourant soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

3. Sur le fond, le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 17 juin 2020, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision entrée en force, statuant sur son droit aux prestations, à savoir les décisions des 5 janvier et 15 décembre 2015.

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). 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).

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).

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. a) En l'occurrence, le recourant a déposé sa précédente demande auprès de l'OAI en novembre 2011. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant avec les volets orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique. Dans leur rapport du 15 août 2014, les experts ont retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, ceux de fracture du fémur droit depuis le 7 octobre 2002, de fracture ouverte des deux os de l'avant-bras gauche en 1992 aggravée par une fracture du cubitus gauche le 7 octobre 2002, de conflit sous-acromial de l'épaule gauche et de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0) de faible impact clinique. Ils ont également posé les diagnostics d'hypertension artérielle depuis 2003, de probables migraines et de probable dysthymie (F34.1) actuellement compensée, sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail

dans l'activité habituelle était nulle. Elle était de 80 % dans une activité adaptée en raison du diagnostic psychiatrique invalidant retenu, dès l'expertise. Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan physique : perte de pronosupination du membre supérieur gauche qui ne pouvait pas être utilisé en force, ni pour des mouvements de précision dans le cadre de manutention légère.

b) Dans sa nouvelle demande de prestations du 17 juin 2020, le recourant a indiqué que son état de santé s'était dégradé.

A titre liminaire, on indiquera que les rapports produits en cours de procédure judiciaire, soit ceux établis les 17 août 2020 par le Dr H._____, 26 février 2021 par le Dr X._____ et 25 mai 2021 par le Dr J._____, ne peuvent pas être pris en considération par la Cour de céans, compte tenu de son pouvoir d'examen limité (cf. consid. 3c ci-dessus). Dans le cadre de la procédure menée par l'intimé, le recourant a produit à l'appui de ses allégations des rapports établis par le Dr T._____ le 28 septembre 2020, les Drs C._____ et M._____ les 8 et 24 septembre 2020 et le Dr X._____ le 5 octobre 2020, qu'il convient d'examiner.

Sur le plan somatique, les Drs X._____ et T._____ ont fait état d'une déchirure distale du tendon du biceps droit, qui a été réinséré chirurgicalement. Les médecins attestent incontestablement une nouvelle atteinte à la santé qui n'existait pas lors de la dernière évaluation matérielle ayant abouti aux décisions de refus de 2015. Cela ne suffit toutefois pas à rendre plausible une aggravation de l'invalidité. En effet, dans son rapport du 5 octobre 2020, le Dr X._____ indique que le recourant est en cours de rééducation et qu'il récupère une bonne mobilité, deux mois après son opération, tout en manquant encore de force. Si le médecin estime que la capacité de travail est alors nulle, l'état de santé n'étant pas stabilisé, il considère qu'il sera possible d'augmenter la capacité de travail dans le courant de la rééducation. De toute évidence, l'aggravation n'est donc que passagère. Le Dr X._____ n'atteste au demeurant pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. Le Dr T._____ évoque pour sa part, dans son rapport du 28 septembre

2020, la nécessité de limiter les charges trop lourdes avec le bras droit, soit une limitation fonctionnelle qui existait déjà auparavant. En tout état de cause, lorsqu'il a rendu sa décision, l'OAI pouvait légitimement refuser d'entrer en matière sur le plan somatique.

Sur le plan psychique, le Dr T. _____ évoque une aggravation en ce sens que l'état anxio-dépressif s'est détérioré et que la fatigabilité a augmenté. Il estime que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée est de 50 %. Le rapport du Dr T. _____ n'est toutefois pas suffisamment objectivé médicalement pour rendre plausible une aggravation de la situation psychique de l'assuré. En revanche, les Drs C. _____ et M. _____ détaillent davantage leur appréciation dans le rapport du 24 septembre 2020. Ils relatent que l'assuré évoque une tristesse, des idées noires, un manque d'envie, un repli sur lui-même, une irritabilité, une hypersensibilité, des problèmes de concentration et de mémoire, avec des tendances à la rumination. En juillet 2020, l'assuré présente une aggravation de ses angoisses, des insomnies et une irritabilité accompagnée de cauchemars qui l'amènent à consulter le service des urgences psychiatriques du 28 juillet au 14 août 2020 et à se faire hospitaliser pour une symptomatologie dépressive avec épuisement. Lors de l'observation clinique, il présente une tension anxieuse et une agitation motrice importante, son humeur est très déprimée, il est ralenti, sans motivation, avec une persistance de trouble du sommeil, l'apparition d'idées suicidaires importantes dans un contexte de dépression d'intensité moyenne à sévère.

Les Drs C. _____ et M. _____ mettent ainsi en avant des éléments qui n'avaient pas été constatés lors de l'expertise réalisée en 2014 et qui suggèrent que l'état de santé psychique de l'assuré s'est aggravé. Le recourant a en outre été hospitalisé dans un service de psychiatrie à deux reprises ; une première fois du 28 juillet au 14 août 2020 et une seconde fois à partir du 9 octobre 2020. Le recourant était encore hospitalisé lorsque son conseil a adressé à l'intimé ses observations du 19 octobre 2020 et fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision. L'intimé avait donc connaissance de cette

hospitalisation pour des motifs psychiatriques. Toutefois, au moment où il a rendu sa décision, le 12 janvier 2021, il ignorait si elle avait pris fin, cas échéant à quelle date. Compte tenu de cette incertitude, l'intimé ne pouvait pas rendre une décision de non entrée en matière, dès lors que cette hospitalisation rendait plausible une aggravation de la situation depuis la dernière décision entrée en force, ce d'autant qu'elle était précédée d'une autre hospitalisation en juillet 2020. L'intimé ne pouvait *a fortiori* pas rendre sa décision de non entrée en matière et se contenter des éléments en sa possession dans la mesure où le recourant avait sollicité qu'un délai lui soit octroyé pour produire des pièces médicales en lien avec sa dernière hospitalisation, dans ses déterminations du 19 octobre 2020. Il était donc prématuré de rendre pareille décision, compte tenu des circonstances et de l'incertitude régnant autour de la situation de l'assuré.

c) En conséquence, les éléments en possession de l'intimé au moment de rendre sa décision le 12 janvier 2021 rendaient suffisamment plausible une aggravation de la situation, de sorte que l'OAI ne pouvait valablement refuser d'entrer en matière sur la demande déposée le 17 juin 2020. La décision entreprise doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur cette demande.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision querellée du 12 janvier 2021 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 12 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 V. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Elio Lopes (pour V. _____),
- 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 :