

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et M. Métral, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA ; 8, 17, 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le 8 juin 1967 au [...]. Il est arrivé en Suisse en 1986 (cf. examen neuropsychologique du 10 mars 2020) et s'est marié le 24 novembre 1989 avec une ressortissante suisse. Il a acquis la nationalité suisse par la suite. Sans formation professionnelle, il a occupé des emplois dans la restauration entre 1986 et 1990. Il a ensuite travaillé, de 1990 à 2004, pour le compte de [...] entreprise de service, en tant que facteur interne sur le site de X._____, puis a été engagé par X._____ comme collaborateur technique à partir du 1^{er} mars 2005.

Le 18 août 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Cette demande a été rejetée par décision du 23 juin 1999, confirmant un projet de décision du 2 juin précédent, au motif que son atteinte à la santé n'avait pas diminué sa capacité de gain ni entraîné d'incapacité de travail de longue durée.

b) Le 25 octobre 2017, Q._____ a complété une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a indiqué qu'il avait travaillé comme magasinier à X._____ du 1^{er} mars 2005 au 30 avril 2017 à 100% et touchait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} mai 2017. Il a précisé qu'il avait des douleurs à la hanche gauche depuis 2015. Avec sa demande, il a fourni une attestation médicale du 20 octobre 2017 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, selon laquelle il ne pouvait pas être placé en tant que magasinier et que tout travail nécessitant une position debout prolongée était incompatible avec son affection médicale, ajoutant qu'une tâche administrative serait une solution idéale.

Dans un rapport médical du 13 mars 2018 à l'OAI, le Dr J._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- status après traumatisme du genou gauche avec fracture du plateau tibial et développement par la suite d'un genou valgum avec gonarthrose post-traumatique ayant nécessité plusieurs arthroscopies pour résection méniscales en 1988 et en 1990 ;
- status après ostéotomie de varisation tibiale pour séquelles de fracture du plateau tibial externe et genou valgum du genou gauche ;
- périarthropathie de la hanche droite traitée conservativement par physiothérapie, élongation, massages et anti-inflammatoires.

Le Dr J._____ a précisé que l'intéressé avait essentiellement des douleurs à la hanche droite liées aux vices posturaux en rapport avec la position debout de magasinier. Comme limitations fonctionnelles, ce médecin a indiqué que l'intéressé pouvait difficilement se tenir debout durant plusieurs heures, tout en précisant que sa capacité de travail était de 0% dans son activité habituelle depuis avril 2017, et de 100% dans une activité adaptée dès à présent, préconisant celle d'employé de bureau. Le médecin a encore précisé que l'intéressé occupait actuellement la fonction de magasinier chez C._____.

Il ressort d'une note d'entretien du 9 août 2018 que l'assuré a suivi depuis mai 2018 une mesure Stop and Go auprès de O._____, mise en place par l'assurance-chômage, après avoir participé à une mesure CAPTA via l'ORP, mesure en principe réservée aux employés de commerce, dans le but de le réorienter dans le domaine administratif. Selon cette note, la conseillère AI et la maîtresse socio-professionnelle doutaient cependant que l'orientation vers le domaine administratif était adaptée à la situation de l'assuré qui n'avait pas été scolarisé dans son pays, n'écrivait pas le français et ne parlait pas toujours correctement cette langue. Deux propositions ont donc été faites à l'assuré : soit l'orientation vers le CNIP, dans le but de l'orienter vers l'industrie légère, soit l'orientation vers le service d'aide au placement de l'AI afin de gagner du temps pour trouver un emploi, son droit au chômage arrivant à échéance en novembre 2018. Il ressort de la note que l'assuré s'est

braqué contre cette proposition indiquant que le domaine industriel ne lui plaisait pas.

Le 9 août 2018, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité du recourant, le fixant à 17,73%, compte tenu d'un salaire sans invalidité de 82'033 francs et d'un salaire exigible avec invalidité de 67'485 francs, ce dernier étant fixé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, tableau 1 niveau de compétences 1. L'OAI a indiqué ce qui suit comme exemples d'activités adaptées : toutes activités professionnelles permettant l'alternance des positions debout/assis, comme employé en industrie légère, opérateur sur machine automatisée ou semi-automatisée, contrôle-qualité, vidéo-surveillance, collaborateur en centre de tri.

Il ressort d'une note du service de réadaptation de l'OAI du 22 octobre 2018 que l'assuré a finalement effectué la seconde partie de la mesure auprès d'O. _____ dans l'atelier « multiservice » ce qui permettait une observation des tâches simples et répétitives de type industriel. La mesure a pris fin le 24 octobre 2018.

Par projet de décision du 1^{er} novembre 2018, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 17,73%. L'OAI retenait que ce dernier avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne nécessitant pas de station debout prolongée et permettant des changements de positions. Il était précisé que l'intéressé pouvait par exemple mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans un emploi non qualifié comme employé en industrie légère, opérateur sur machine, dans le contrôle qualité, la vidéo-surveillance ou encore comme collaborateur en centre de tri. Une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI) lui a été octroyée par communication du même jour.

Par décision du 10 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.

L'assuré et sa famille ont perçu le revenu d'insertion à compter du 1^{er} décembre 2018, date à laquelle le droit de l'assuré à des indemnités de chômage a pris fin.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI du 20 février 2019, l'assuré a indiqué que son état de santé actuel ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche d'aide au placement, de sorte que cette mesure n'a pas été mise en œuvre, l'OAI lui précisant toutefois qu'elle pourrait être organisée à sa demande.

B. Le 19 juin 2020, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis à l'OAI un rapport médical dans lequel il a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis avril 2019 et que celui-ci présentait une dépression chronique à la suite de son licenciement en mai 2017, en raison de difficultés d'adaptation aux nouvelles conditions de travail requises par un nouveau patron. Il a ajouté qu'un récent examen neuropsychologique avait révélé la présence d'une atteinte cognitive associée à un QI inférieur à la norme présent depuis de nombreuses années. Il a expliqué que l'association du déficit cognitif, de la dépression chronique et d'un membre inférieur droit douloureux de manière chronique entraînait une réduction sévère de la capacité de travail de l'intéressé depuis mai 2017, date jusqu'à laquelle il avait pu travailler dans un environnement adapté. Le médecin demandait par conséquent à l'OAI de « réactiver la demande d'aide par l'AI ».

Le Dr E. _____ a joint à son envoi un rapport d'examen neuropsychologique du 10 mars 2020 réalisé par L. _____, spécialiste en neuropsychologie FSP. Au titre de l'anamnèse, la neuropsychologue a relevé que sur le plan médical, l'intéressé était connu pour une problématique orthopédique (douleurs au genou gauche après quatre interventions chirurgicales et à la hanche droite probablement sur déséquilibre compensatoire) consécutive à un accident de moto survenu en 1984. Elle a encore relevé que selon les données anamnestiques rapportées par le patient, on pouvait encore suspecter un traumatisme crânio-cérébral léger à modéré car il disait avoir perdu connaissance et

n'avoir pas de souvenir de l'hospitalisation jusqu'à son retour à domicile le lendemain, puis n'avoir quasiment pu rien faire durant les 12-18 mois suivants en raison de la fatigue, de douleurs et de maux de tête. Il ressort également du rapport neuropsychologique que le score du QI total était inférieur à la norme, la neuropsychologue ajoutant que le faible niveau intellectuel était possiblement de nature développementale chez un patient ayant été peu scolarisé et ayant rencontré des difficultés d'acquisition dans sa langue maternelle. Elle ajoutait que l'on ne pouvait pas exclure que ledit traumatisme crânio-cérébral durant l'adolescence ait perturbé le développement plus tardif. Elle précisait qu'à l'heure actuelle, la présence de troubles thymiques et la médication psychotrope pouvaient avoir une incidence négative sur l'exploitation des ressources cognitives sans pouvoir toutefois expliquer l'ensemble du tableau. La spécialiste exposait encore que ces troubles étaient de nature à altérer le rendement et l'autonomie de l'intéressé dans une activité professionnelle et que bien qu'il ait pu travailler de nombreuses années dans l'économie libre auprès d'un employeur ayant régulièrement adapté le cahier des charges à l'état de santé du patient, la conjonction de troubles cognitifs et thymiques constituait actuellement un réel handicap dans le cadre d'une réorientation professionnelle.

A la demande de l'OAI, l'assuré a complété un formulaire de demande de prestations AI le 3 juillet 2020 dans lequel il a indiqué avoir des problèmes de mémoire et de compréhension (depuis toujours), présenter de la tristesse et de la fatigue (depuis 2017) ainsi que des douleurs et faiblesses à la jambe gauche (depuis 1998). Il a joint à sa demande un nouveau rapport médical du Dr E._____, daté du 3 juillet 2020, précisant que l'état de santé de l'intéressé s'était aggravé depuis la précédente décision car le diagnostic de retard mental n'était pas connu au moment où elle avait été rendue, bien que présent depuis de nombreuses années auparavant. Il ajoutait que la situation sociale de précarité faisant suite au licenciement de l'assuré n'avait fait qu'aggraver son état de santé avec un épisode dépressif encore en traitement à l'heure actuelle. Le Dr E._____ a fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis mai 2017 comme aide de bureau, ainsi que dans une activité adaptée, ajoutant que les limitations

fonctionnelles de l'intéressé étaient les suivantes : limitations de compréhension, d'adaptation, de mémoire, de fatigue, de concentration et de mobilité. Il a estimé que le pronostic était réservé.

Dans un avis médical SMR du 15 juillet 2020, le Dr P. _____ , médecin praticien, a considéré que les éléments transmis par l'assuré ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé, notamment au motif qu'il avait pu travailler normalement depuis de nombreuses années malgré le retard mental dont il était fait état dans la nouvelle demande.

Dans un projet de décision du 5 août 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 19 août 2020, l'assuré a de nouveau produit le rapport du Dr E. _____ du 3 juillet 2020.

Le 24 août 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui appartenait d'apporter tout élément utile susceptible de lui permettre de revoir sa position précisant que lors de sa prise de position par préavis, il était déjà en possession du rapport du Dr E. _____ susmentionné et lui octroyait un nouveau délai pour procéder.

L'assuré a dès lors fourni un nouveau rapport du Dr E. _____ du 2 septembre 2020. Ce dernier a posé les diagnostics suivants :

- retard mental, sans précision F 79 ;
- épisode dépressif modéré depuis mai 2017 F 32.11 ;
- status post 4 opérations du genou et tibia gauches, de 1988 à 1997, après accident de la circulation en 1983.

Le Dr E. _____ a encore expliqué ce qui suit :

« M. Q. _____ a, malgré son retard mental, pu travailler jusqu'en 2017 au maximum de ses très faibles réserves psychologiques grâce au soutien de sa hiérarchie et de sa belle-mère à domicile qui gérait le ménage, les courses et l'administratif, relayée par sa fille aînée Dounia au décès de sa belle-mère en 2011. M. Q. _____ en raison de son retard mental n'a pratiquement pas de capacités adaptatives à des stress professionnels même "normaux".

Le départ de sa fille aînée en France à l'hiver 2016-2017 a mis M. dans un état anxieux significatif lorsqu'il a dû tout gérer chez lui. L'éducation de sa fille cadette qui souffre d'un retard du développement, son fils aîné qui a un retard mental et son épouse qui souffre également d'un trouble psychologique. Dans ce contexte de trouble anxieux et dépressif ajouté au retard mental, M. n'a pas pu tenir son poste de travail et a été licencié en mai 2017.

L'incapacité de travail [est] de 100% depuis mai 2017 comme aide de bureau. Incapacité de travail à 100% dans une activité adaptée, la fragilité psychique est trop importante et ne lui permet pas de s'adapter aux stress sociaux et professionnels.

Travail possible dans une structure protégée en dehors du monde professionnel sans pression et ménageant son genou, pourcentage à définir.

Limitations fonctionnelles : limitations d'adaptation, de compréhension, de mémoire, de concentration, de fatigue, de mobilité.

Pronostic : mauvais ».

Par nouvel avis SMR du 28 octobre 2020, le Dr P. _____ a considéré que le nouveau rapport du Dr E. _____ était de nature à rendre plausible une modification de l'état de santé justifiant une entrée en matière, étant donné qu'il mettait en avant une problématique thymique (épisode dépressif) inconnue lors de la précédente demande. Le SMR indiquait qu'il fallait dès lors envoyer à ce médecin une demande de rapport complet et en particulier décrire une journée-type de l'assuré ainsi que la répercussion des atteintes à la santé dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

Le Dr E. _____ a dès lors remis un nouveau rapport à l'OAI le 14 décembre 2020. Il y a exposé qu'il voyait son patient 2 à 3 fois par mois, en alternance avec une psychothérapeute le suivant en délégation. Il a indiqué que l'assuré avait une incapacité de travail de 100% depuis mai 2017, comme aide de bureau ainsi que comme magasinier. Il a expliqué que l'assuré présentait un épisode dépressif depuis son licenciement de X. _____ en mai 2017 après avoir reçu un avertissement pour non-respect d'un nouveau cahier des charges,

ajoutant que la dépression évoluait vers la chronicité. Le médecin rappelait que l'intéressé souffrait également d'une atteinte cognitive moyenne attestée par un examen neuropsychologique en mars 2020. Le médecin exposait encore que l'épouse de l'assuré souffrait d'un trouble psychologique qui l'empêchait de se gérer, que son fils aîné avait un retard mental et sa fille cadette un retard dans les apprentissages. Actuellement, son patient éprouvait peu de plaisir, ressentait une fatigue et une anxiété chronique et avait des troubles du sommeil. Le Dr E._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : épisode dépressif chronique F32.11 ; limite du retard mental, atteinte cognitive moyenne depuis de nombreuses années et suspicion d'un traumatisme crânio-cérébral. Il a posé un pronostic « plutôt réservé » s'agissant de la reprise d'une capacité de travail de 100%. Il a indiqué que l'activité actuelle de l'intéressé était celle « père au foyer épuisé ». Le médecin a encore précisé que l'atteinte cognitive constituait une limitation de la capacité fonctionnelle de l'intéressé au quotidien et pour la plupart des activités professionnelles, ajoutant qu'il présentait également une fatigue et des difficultés de concentration en lien avec la dépression et l'anxiété. S'agissant du nombre d'heures de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée, le médecin a indiqué qu'il devait être défini avec l'intéressé. Il a encore précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée et simple pourrait être de 100% mais que l'anxiété générée par les comportements pédophiles de son fils aîné sans surveillance, affectait grandement sa capacité de concentration. Plus loin, le médecin a indiqué que l'intéressé ne pouvait ni travailler à plein temps ni à temps partiel. Le médecin a encore indiqué que la situation familiale de l'intéressé était compliquée et qu'il n'y avait pas de soutien possible de la part de son épouse.

Le Dr E._____ a précisé que l'intéressé présentait les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec son atteinte à la santé psychique : difficultés à l'idée de se séparer de son fils ; difficultés de concentration et de compréhension, troubles mnésiques et capacité d'organisation limitée, en lien avec les troubles cognitifs et la dépression ; hypersensibilité au stress causant des difficultés d'adaptation, également

en raison du trouble cognitif et de la dépression. Le Dr E._____ a encore indiqué que l'intéressé ne pouvait pas exercer les activités suivantes, en raison de ses difficultés de concentration et de compréhension : activités exigeant de fréquents contacts interpersonnels ou en contact avec la clientèle, exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, impliquant du stress, exigeant de la rapidité, une adaptation permanente ou des tâches complexes.

Sur demande de l'OAI, lui demandant de préciser quelle était une journée-type de son patient, le Dr E._____ a indiqué que ce dernier avait la responsabilité de gérer la vie de son épouse et de son fils adulte qui présentaient des déficiences psychologiques et intellectuelles avancées, ainsi que de sa fille de 8 ans qui avait un retard de développement. L'intéressé s'occupait des courses et de faire les repas avec une aide d'environ 10 % de son épouse, laquelle se chargeait d'amener leur fille à l'école le matin et de la récupérer, étant précisé que l'intéressé devait régulièrement rappeler à son épouse les activités quotidiennes du ménage et du maintien de son hygiène. Son patient faisait par ailleurs le « taxi » pour les trois, les conduisant à tous leurs rendez-vous et le soir il s'occupait de gérer l'administratif, comme il le pouvait. Le médecin a encore répété que son patient avait une anxiété quotidienne liée aux comportements de son fils adulte, qu'il vérifiait tous les jours les messages et images de son téléphone et qu'il lui rappelait sans cesse les limites à respecter. Le Dr E._____ a précisé qu'un placement en foyer avait été tenté par le passé mais sans succès et qu'une démarche de curatelle avait été proposée par un juge, mais que l'intéressé ne pouvait pas s'y résoudre, pris par un sentiment d'abandon insupportable de son fils. Le Dr E._____ a finalement indiqué que le niveau d'anxiété généré par cette situation familiale très stressante altérait ses capacités de concentration et d'attention pour l'exercice d'une activité professionnelle, qui étaient déjà limitées par l'atteinte cognitive de base.

Par avis médical SMR du 9 février 2021, le Dr P._____ a estimé que l'assuré présentait au premier plan des « facteurs extra-

médicaux » (situation de santé des membres de la famille, difficulté de maîtrise de la langue), objectivement indépendants de [l']évaluation médico-asséculo-logique », ajoutant que ce risque psycho-social devait faire l'objet d'une prise en charge indépendante de l'instruction médicale AI. Le Dr P. _____ a ajouté ce qui suit :

« On relève dans la description d'une journée-type faite par le psychiatre des ressources importantes de l'assuré qui assume sa famille presque seul. Les critères de sévérité de l'atteinte dépressive ne sont pas précisés. On ne sait pas si l'épisode dépressif peut être qualifié de moyen, léger, sévère, réactionnel et si on peut objectivement retenir un tel diagnostic. Le F 32.1 n'est pas étayé de manière objective et si le cas échéant il le serait les répercussions uniformes ne sont pas évidentes. On s'interroge sur la date retenue par le psychiatre de début du trouble vu son suivi objectivement plus tardif. On ne voit pas de signes indirects en faveur d'une situation sévère tels que des hospitalisations, des relais thérapeutiques, un épuisement des ressources. Le psychiatre retient une pleine CTAA dans une activité simple, répétitive qui pourrait être entravée par des facteurs extra-médicaux (situation du fils).

Conclusion : En l'état, après instruction de l'atteinte thymique soulevée par le psychiatre traitant, on ne dispose pas d'éléments médicaux probants pour accepter une évolution depuis la dernière décision AI. La situation psychiatrique ne génère pas objectivement de limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. Il n'y a pas de critères de sévérité objectifs, médicaux, pour s'écarter d'une pleine CTAA, comme retenu dans le cadre de la dernière décision et par le psychiatre également. Une atteinte cognitive moyenne n'entrave pas une activité adaptée simple, répétitive qui serait également compatible avec les LF issues de la 1^{ère} décision. La suspicion de TCC ne peut pas constituer une entité objective car non confirmée et n'ayant pas empêché l'assuré ultérieurement durant plusieurs années ».

Par décision du 17 février 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressé au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. Par acte du 18 mars 2021, Q. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 17 février 2021, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique puis nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Il fait d'abord valoir que l'OAI a faussement intitulé sa décision, au motif que ce dernier est bel et bien entré en matière sur sa nouvelle demande. Il invoque que ses troubles

psychiatriques et cognitifs constituent un véritable handicap et que le SMR a conclu à tort que les conclusions du Dr E. _____ n'étaient pas satisfaisantes, relevant par ailleurs que le Dr P. _____ du SMR n'était pas spécialiste en psychiatrie.

Dans sa réponse du 11 mai 2021, l'OAI admet d'abord être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré et avoir repris l'instruction de la cause. Pour le reste, l'office conclut au rejet du recours et au maintien de sa décision de refus de prestations en se référant à l'avis médical du SMR du 9 février 2021 et au motif que l'incapacité de travail attestée par le Dr E. _____ était due à des facteurs extra-médicaux (ou psycho-sociaux), en lien avec une situation familiale difficile, ce qui ne relevait pas de l'assurance-invalidité.

E n d r o i t :

1. Déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse, le recours a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent et respecte les autres conditions de recevabilité (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. Bien que l'OAI ait intitulé la décision litigieuse « refus d'entrée en matière », il est bel est bien entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressé (cf. avis SMR du 28 octobre 2020), comme il l'a d'ailleurs admis dans sa réponse du 11 mai 2021. Le litige porte donc sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer des prestations AI au recourant dans le cadre de sa nouvelle demande du 3 juillet 2020. Le recourant critique en particulier l'évaluation de sa capacité de travail à laquelle a procédé l'OAI.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée

que si la personne assurée 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de la disposition précitée, qui prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

b) En vertu de 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.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 ; 143 V 105 consid. 2.3).

4. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 17 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir,

maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

b) aa) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26

janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

bb) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

aaa) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

bbb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Selon la jurisprudence en effet, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Cependant, la jurisprudence a déjà souligné l'importance que revêtaient les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l'invalidité apparaissaient au premier plan et imprégnaient l'anamnèse : dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l'atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres

domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, il convient de rappeler que dans le cadre de la précédente décision du 10 décembre 2018, l'OAI a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 17,73%. Il a en particulier retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques (activité sans station debout prolongée et permettant des changements de positions), l'activité habituelle de magasinier n'étant plus

adaptée, d'après les constatations médicales. Seules des atteintes à la santé physique ont été mises en évidence dans le cadre de l'instruction de cette demande et par conséquent prises en compte par l'OAI dans sa décision. Les diagnostics posés étaient ceux de périarthropathie de la hanche droite, status après traumatisme du genou gauche et status après ostéotomie pour séquelle de fracture du plateau tibial à gauche.

b) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a fait état d'atteintes à sa santé psychique et d'un trouble cognitif. Sur la base de ces éléments, l'OAI est entré en matière sur la demande, considérant que le rapport du Dr E. _____ du 2 septembre 2020 rendait plausible une aggravation de l'état de santé susceptible de modifier le droit aux prestations.

aa) En premier lieu, on constate que le quotient intellectuel en-dessous de la moyenne remontant à l'enfance et l'éventuel déficit cognitif ensuite d'un accident de moto au Liban en 1984 n'ont pas empêché le recourant de travailler entre 1986 et 2017, et ne peuvent donc fonder le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, à supposer que ces éléments aient, par le passé, entraîné une limitation de la capacité de travail et de gain, la survenance de l'invalidité daterait de la période pendant laquelle le recourant est entré dans l'âge adulte, avant son arrivée en Suisse, de sorte que les conditions de l'art. 36 al. 1 LAI ne seraient pas réunies.

bb) Reste à examiner si le recourant fait état, dans sa nouvelle demande, d'autres atteintes à sa santé, en plus des atteintes physiques déjà prises en compte dans la précédente décision de refus de prestations d'invalidité du 10 décembre 2018, susceptibles de fonder le droit à une rente ou à des mesures de reclassement professionnel.

A l'appui de sa nouvelle décision de refus de prestations d'invalidité ici litigieuse, on rappellera que l'OAI s'est fondé sur les avis du Dr P. _____ du SMR, en particulier sur celui du 9 février 2021, selon lequel le recourant présente au premier plan des « facteurs extra-

médicaux » et non des atteintes à la santé psychique invalidantes. Ce médecin a en effet retenu que le psychiatre traitant n'avait pas étayé le diagnostic d'épisode dépressif moyen de manière objective et que quoi qu'il en était, les répercussions uniformes dans tous les domaines comparables de la vie n'étaient pas évidentes, vu la description de la journée-type à laquelle avait procédé le psychiatre. Il n'y avait pas non plus, selon le médecin du SMR, de critères de sévérité objectifs médicaux qui justifieraient de s'écarter d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques retenues dans la décision de refus précédente.

Or, ces conclusions sont douteuses à plus d'un titre. En effet, s'il est vrai que le Dr E._____ n'a pas étayé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, il est toutefois peu plausible, vu les autres pièces médicales du dossier, que le recourant présente au premier plan des « facteurs extra-médicaux » et non des atteintes à la santé psychique potentiellement invalidantes. On relèvera d'abord que le Dr P._____ s'est prononcé uniquement sur la base du dossier médical de l'assuré sans examiner ce dernier et qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie. Le Dr E._____ a pour sa part indiqué à plusieurs reprises que son patient présentait un épisode dépressif, dans ses rapports successifs des 19 juin, 3 juillet, 2 septembre et 14 décembre 2020. Dans ces deux derniers rapports, le psychiatre indique qu'il s'agit d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11. Le Dr E._____ a encore expliqué que son patient avait développé un trouble anxio-dépressif lors du départ de sa fille de la maison en hiver 2016-2017, qui l'aidait jusque-là à prendre soin de la famille et que dans ce contexte de trouble anxieux et dépressif ajouté au retard mental, il n'avait pas réussi à conserver son poste de travail (rapport du 2 septembre 2020). Par ailleurs, le Dr E._____ a précisé dans son rapport du 14 décembre 2020 que son patient présentait les symptômes suivants : il éprouvait peu de plaisir, ressentait une fatigue et une anxiété chronique et présentait des troubles du sommeil. Le Dr E._____ a également indiqué que le recourant avait des limitations fonctionnelles en lien avec la dépression et l'anxiété, à savoir une fatigue et des difficultés de concentration et d'attention. Vu ce qui précède, les

constatations du SMR qui considère que le recourant ne présente pas d'atteintes à la santé psychique sont peu crédibles. Quant aux conclusions du Dr E. _____ selon lequel le recourant présente un épisode dépressif moyen, elles ne sont pas étayées. Dès lors, l'instruction doit être complétée notamment sur ce point, en particulier préciser le degré de gravité de l'épisode dépressif (léger, moyen ou grave) et son influence sur la capacité de travail avec prise en considération de l'intensité des symptômes et du succès et ou de l'échec du traitement, dès lors que le recourant suit une psychothérapie et prend des médicaments pour ses troubles psychiques (cf. supra consid. 4b/bb, procédure probatoire structurée, ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et 141 V 2).

On ajoutera qu'afin d'apprécier la capacité de travail du recourant, le médecin du SMR s'est également appuyé sur la description de la journée-type à laquelle a procédé le psychiatre traitant. Sur cette base, il a estimé que le recourant présentait des ressources importantes car il assumait un contexte familial difficile presque seul.

Or, une telle appréciation apparaît lacunaire, au vu des autres indicateurs relatifs à la procédure probatoire structurée applicable.

En effet, selon la jurisprudence, il faut également prendre en compte les effets d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de la personne assurée. En l'occurrence, il ressort tant des rapports médicaux du Dr E. _____ (cf. en particulier celui du 14 décembre 2020) que de celui de la neuropsychologue Leros que la conjonction entre le retard mental et le trouble anxio-dépressif du recourant a un effet sur sa capacité à s'adapter. On ne peut ainsi faire abstraction du quotient intellectuel en-dessous de la moyenne de l'intéressé car même si cette circonstance n'est pas assurée en tant que telle (cf. ci-dessus 5b/aa), elle doit être prise en considération si elle entraîne pour le recourant des difficultés à gérer son trouble anxio-dépressif, avec un effet délétère supplémentaire sur sa capacité de travail. Il en va de même des difficultés familiales. Le quotient intellectuel et les difficultés familiales ne seraient dans ce cas pas directement invalidants

mais indirectement en ce qu'ils priveraient le recourant des ressources nécessaires pour gérer son atteinte à la santé psychique. Par opposition, on relève que la nécessité et la difficulté à gérer, en plus d'une activité lucrative à 100% toutes les tâches familiales dans une famille qui présente de notables difficultés ne sont pas, en tant que telles ou directement, des circonstances justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par ailleurs, dans l'évaluation du caractère invalidant de l'affection psychique du recourant, il convient de prendre en considération le déroulement et l'issue des mesures de réadaptation qui ont été mises en œuvre en l'espèce.

Vu ce qui précède, des doutes subsistent quant à la pertinence et à la fiabilité des constatations effectuées par le SMR, sans que les rapports médicaux au dossier ne permettent de lever entièrement ces doutes. Une expertise psychiatrique doit donc être ordonnée (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées), afin de déterminer s'il existe une aggravation de l'état de santé du recourant devant conduire à la reconnaissance d'une invalidité et, cas échéant, à partir de quand aurait débuté une telle atteinte. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une telle expertise, étant donné qu'il lui appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; ainsi que la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt).

6. Dès lors, le recours est admis et la décision rendue le 17 février 2021 par l'OAI annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, puis nouvelle décision.

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 400 fr. et de les mettre à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens au recourant, qui n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

**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 17 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Q. _____ ,
- 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 :