

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mai 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et  
3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident le 13 juillet 2001 sur son lieu de travail, lors duquel il a subi des brûlures dans le dos et des lombosciatalgies gauches. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Q.\_\_\_\_\_.

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) le 13 mai 2002, en faisant état de problèmes à la colonne vertébrale et de brûlures au dos. L'OAI s'est fait remettre le dossier constitué par la Q.\_\_\_\_\_, lequel contenait en particulier le rapport final d'un séjour d'évaluation effectué par l'assuré du 25 septembre au 17 octobre 2001 à la K.\_\_\_\_\_. Durant ce séjour, l'assuré a reçu des soins de physiothérapie et a passé notamment un examen neurologique avec électromyogramme (EMG) et une évaluation psychiatrique (cf. rapport final du 2 novembre 2001). La Q.\_\_\_\_\_ disposait en outre d'un rapport d'examen médical final du 3 juin 2002 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatant la présence d'une discopathie L4-L5 gauche et de signes de non-organicité. Les traitements conservateurs n'avaient pas permis d'amender les douleurs. Le médecin-conseil de la Q.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de manœuvre, mais une capacité de travail de 80 à 100 % dans un travail léger permettant l'alternance de position assis/debout et des pauses.

Répondant le 22 juillet 2002 à un questionnaire de l'OAI, la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches non déficitaires et, sans répercussion sur la capacité de travail, de brûlure au 2<sup>e</sup> degré dans le dos. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident du 13 juillet 2001, sous réserves de deux périodes d'incapacité de travail de 50 % en novembre 2001 et mai 2002 correspondant à des tentatives de reprise du travail. Un reclassement dans une autre activité évitant le port de charges, les

travaux de force et les positions statiques paraissait possible, avec une baisse de rendement de 25 %.

Par décision 25 août 2003, l'assurance-accidents a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2003. Une rente d'invalidité de l'assurance-accident de 22 % lui a ensuite été octroyée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, selon décision du 6 octobre 2003. L'assurance-accident a constaté l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité légère permettant de travailler en position alternée assise/debout.

Dans un questionnaire de l'OAI complété le 19 février 2004, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches sur hernie discale paramédiane intra-canaulaire et postéro-latérale gauche en L4-L5 avec compression radiculaire L5 correspondante. Le patient présentait une incapacité de travail totale depuis l'accident de juillet 2001 et aucune autre activité ne paraissait exigible, la reprise du travail ayant été tentée à plusieurs reprises sans succès malgré un séjour à la K.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a joint notamment les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 10 septembre 2003 montrant une sténose foraminale L4-L5 gauche, surtout par une protrusion discale latérale et foraminale gauche comprimant et irritant la racine L4 gauche et pouvant également entraîner un syndrome irritatif au vu de la légère déformation du sac dural au niveau de l'émergence de la racine L5 gauche, ainsi qu'une petite protrusion discale foraminale droite L5-S1 sans évidence de compression radiculaire sur la racine.
- Un rapport du 24 novembre 2003 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, exposant qu'une intervention neurochirurgicale n'était pas indiquée pour l'assuré et recommandant une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre d'une école du dos, en

l'absence d'examen neurologique convainquant dans le sens d'une atteinte radiculaire.

Le 26 janvier 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, sur le constat que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'ouvrier de la construction mais qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé (activité industrielle légère, petit montage-assemblage, surveillance d'un processus de production, conditionnement), entraînant un degré d'invalidité de 6.10 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'opposition de l'assuré a également été rejetée le 20 avril 2006. Puis le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a rejeté le recours de l'assuré par arrêt du 8 janvier 2007 (AI 92/06 - 20/2007), de même que le Tribunal fédéral par arrêt du 30 avril 2008 (TF 9C\_119/2007).

**B.** Dans une deuxième demande de prestations déposée le 15 janvier 2015, l'assuré a indiqué souffrir de maux de dos liés à l'accident du 13 juillet 2001 ainsi que d'une dépression depuis 2014.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a relaté dans un courrier du 6 février 2015 que les douleurs dorsales de son patient s'étaient chronicisées et qu'aucun traitement antalgique n'avait pu le soulager. Cet état avait entraîné un syndrome dépressif pour lequel il avait entamé un suivi auprès d'un psychiatre. Le médecin a joint notamment une attestation établie le 4 février 2015 par la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, déclarant que l'intéressé était suivi depuis le 27 novembre 2014 pour un état dépressif moyen à sévère entraînant une incapacité de travail de 100 %, ainsi qu'un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 11 septembre 2014, concluant comme suit :

« Conclusion

Composante de léger canal lombaire étroit congénital avec composante acquise lombaire. Discopathies lombaires étagées à partir de L2 avec légère herniation discale foraminale gauche en L2-L3 avec fissure sous-annulaire.

Petite fissure sous-annulaire foraminale droite en L3-L4, para-médiane gauche en L4-L5 où il y a également une composante herniaire para-médiane et foraminale pouvant entraîner un conflit

avec les racines L4 et L5 gauches. En L5-S1, petite fissure sous-annulaire para-médiane et foraminale droite avec légère composante herniaire.

Ces différentes pathologies peuvent donc entraîner une symptomatologie pluri-radriculaire. On ne note pas de modification significative par rapport à l'examen précédent [du 12 mai 2011]. »

Sur avis SMR du 21 avril 2015, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande et s'est fait remettre une réactualisation du dossier de la Q.\_\_\_\_\_, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 25 février 2014, exposant que la situation s'était chronicisée. Trois avis neurochirurgicaux s'étaient révélés négatifs et les IRM lombaires avaient montré la persistance des lésions sans signe d'aggravation. Les lombosciatalgies évoluaient par vagues, causant des douleurs locales et une boiterie importante. Le patient ressentait une aggravation progressive de son état et n'avait pas pu retrouver une activité professionnelle adaptée.
- Un avis du médecin-conseil du 13 mars 2014 concluant à l'absence d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 13 juillet 2001.
- Des communications des 18 octobre 2008 et 17 mars 2014 indiquant que la rente n'était pas modifiée.

La Dre R.\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire de l'OAI le 10 juillet 2015. Posant le diagnostic d'épisode dépressif chronique moyen avec syndrome somatique depuis 2001, elle a fait état de troubles cognitifs entraînant des difficultés de mémoire et de concentration. Le patient souffrait également d'anxiété et de manque de confiance, avec diminution de l'autonomie, du rendement et de la capacité de terminer les tâches et de les organiser. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier depuis 2001 et « peut-être » de 10 % dans une activité adaptée au handicap, à augmenter progressivement.

A la suggestion du SMR, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du V. \_\_\_\_\_ et le mandat confié au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 novembre 2017, celui-ci a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) depuis 2001, chronicisé, sans effet sur la capacité de travail. Il a relevé que les problèmes rencontrés par l'assuré dans la réadaptation ne dépendaient pas de l'atteinte psychiatrique mais étaient en lien avec sa personnalité.

Par décision du 31 janvier 2018, confirmant son projet du 27 novembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations sur le constat que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante du point de vue psychiatrique, de sorte que la précédente décision de refus restait valable.

**C.** L'assuré a déposé une troisième demande de prestation le 2 juillet 2020, en signalant souffrir de douleurs au dos, de dépression et d'un cancer à la gorge diagnostiqué en janvier 2020.

Répondant le 21 septembre 2020 au questionnaire de l'OAI, la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche à la suite d'un accident de la voie publique, hernie discale para-médiane intra-canalair et postéro-latérale gauche en L4-L5 avec compression radiculaire L5 et syndrome somatoforme. Elle a par ailleurs indiqué qu'un suivi ORL était en cours au J. \_\_\_\_\_ pour un carcinome épidermoïde de la corde vocale gauche. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans un rapport du 10 octobre 2020, la Dre R. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Elle a précisé que son patient avait présenté en 2018, deux intervalles de plus de deux semaines sans symptômes dépressifs, de sorte que le trouble dépressif récurrent devait être retenu. La capacité de travail était d'environ 10 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles d'ordre psychique étant

essentiellement une humeur labile et instable, une agressivité verbale, un retrait social, une perte d'élan vital et une anxiété invalidante.

Le 10 novembre 2020, la Dre M.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service d'ORL du J.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré avait subi une intervention chirurgicale dans la sphère ORL et qu'il était depuis suivi en radio-oncologie. Également sollicité par l'OAI, le Service de radio-oncologie a indiqué le 20 novembre 2020 que l'évolution était favorable sur le plan oncologique, avec rémission complète. L'assuré présentait une asthénie de grade 1, une odynophagie et dysphagie de grade 1 ainsi qu'une dysphonie de grade 1.

L'OAI a rendu un projet de décision le 30 novembre 2020, refusant les mesures professionnelles et la rente, au motif que la situation médicale de l'assuré était superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction. Une pleine capacité de travail devait être reconnue dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, de sorte qu'aucune modification du degré d'invalidité n'était objectivable.

S'opposant à ce projet, l'assuré a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport de consultation établi le 20 novembre 2020 par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service d'ORL du J.\_\_\_\_\_, concluant à l'absence de signe de récurrence loco-régionale à 5 mois post radiothérapie adjuvante sur la corde vocale gauche et sur les aires ganglionnaires cervicales bilatérales.
- Un rapport du 16 décembre 2020 de la Dre P.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de carcinome épidermoïde de la corde vocale gauche, lombosciatalgie gauche, hernie discale para-médiane intra-canalair et postéro-latérale gauche en L4-L5 avec compression radiculaire L5 et syndrome somatoforme. Elle a détaillé les soins rendus nécessaires par le carcinome entre février et juin 2020 et relevé que

l'assuré présentait en outre, depuis son accident, un blocage complet associé à une sensibilité à la charge. L'intéressé était inapte au travail à 100 %, les limitations fonctionnelles étant le port de charges, les positions assis/debout, les situations de stress et autres facteurs pouvant troubler son comportement.

- Une lettre de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2021. Confirmant que l'assuré continuait son suivi, elle exposait que les symptômes dépressifs, fluctuants, demeuraient inchangés, mais qu'elle notait une péjoration des symptômes anxieux (palpitations, fourmillements dans les membres supérieurs, nausées) en lien avec le status somatique.

Sollicité pour avis, le SMR a relevé le 25 février 2021 que les informations obtenues sur le plan psychiatrique étaient insuffisantes et a par conséquent adressé des questions complémentaires à la Dre R. \_\_\_\_\_. Celle-ci a répondu le 18 avril 2021 qu'il n'y avait pas eu d'intervalle de plus de deux semaines sans symptômes anxieux et dépressifs depuis 2018. Une péjoration du tableau anxieux et une difficulté renforcée à gérer les stress et imprévus de la vie quotidienne étaient apparus en février 2020, avec le diagnostic de carcinome des cordes vocales. Précisant le status et le traitement psychothérapeutique, la psychiatre a exposé que son patient ne pouvait pas gérer seul les tâches de la vie quotidienne. En raison des troubles du sommeil, de l'anxiété et des douleurs, le rythme sommeil-veille était perturbé, ce qui avait des répercussions sur le déroulement de la journée. Les limitations fonctionnelles étaient le retrait social, l'anxiété à affronter la société, la perte de confiance en soi et la difficulté à gérer les interactions interpersonnelles (colère, fuite). Ses ressources étaient ses proches et ses médecins. La capacité de travail était nulle, mais l'assuré accepterait sans hésiter une réadaptation si sa santé le permettait car une bonne partie de sa souffrance venait du fait qu'il ne pouvait subvenir aux besoins de sa famille.

Le SMR a pris connaissance de la réponse de la Dre R. \_\_\_\_\_  
et a émis l'avis suivant le 6 mai 2021 :

« Discussion

Il existe une aggravation de l'état de santé de l'assuré sous forme de l'apparition d'un cancer de la corde vocale gauche. La question est de savoir si cette lésion est incapacitante. En elle-même elle provoque une dysphonie, ce qui n'est pas incapacitant sauf dans les professions avec une utilisation notable de la voix, une dysphagie mais sans amaigrissement. Par contre, nous pouvons admettre une asthénie du fait de la lésion puis de la radiothérapie mais l'asthénie est cotée de grade 1 dans les deux [rapports médicaux] du J. \_\_\_\_\_ de novembre 2020. Nous admettons donc une aggravation incapacitante en raison du cancer du 11.02.2020 au 10.11.2020. Concernant les lombalgies, aucun élément ne permet d'évoquer une aggravation par rapport à l'état déjà estimé. Sur le plan psychiatrique, la psychiatre évoque un état dépressif sévère mais ne le rend pas crédible même après avoir été interrogée à nouveau. Elle mentionne un critère majeur et deux mineurs ce qui ne permet même pas de retenir un diagnostic de dépression légère. Le retentissement précis sur la vie quotidienne n'est toujours pas précisé. Dans ces conditions, nous estimons que la psychiatre n'apporte pas la preuve d'une aggravation. Le projet de décision peut être maintenu. »

Par décision du 10 mai 2021, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a expliqué qu'une incapacité de travail totale pouvait être retenue du 11 février au 10 novembre 2020 en raison du cancer de la corde vocale gauche, mais que la durée de cette incapacité n'ouvrait pas le droit à une rente.

**D.** Dans un courrier daté du 31 mai 2021 et adressé à l'OAI, T. \_\_\_\_\_ a déclaré s'opposer à la décision du 10 mai 2021, en faisant valoir que le diagnostic de tumeur à la gorge avait affecté sa santé mentale (crises d'anxiété, troubles du sommeil) ainsi que des troubles physiques (problèmes d'élocution, d'assèchement, de déglutition et respiratoires). Il a joint une lettre de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2021 confirmant que son patient ne pouvait travailler pour des raisons de santé et que sa santé psychique n'avait que peu de possibilité d'amélioration tant qu'il vivrait sous l'impact de douleurs somatiques invalidantes, ainsi qu'un rapport de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2021 exposant que l'assuré présentait toujours une incapacité de travail malgré la fin du traitement de

son cancer, en raison de ses lombosciatalgie et du syndrome somatoforme entraînant des céphalées, dorsalgies, douleurs au niveau des articulations et extrémités, douleurs de la poitrine et troubles du sommeil.

Le 9 juin 2021, l'OAI a transmis l'écriture de l'assuré et ses annexes à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence.

Le recourant a déposé diverses pièces le 30 juin 2021, figurant au dossier de l'intimé.

Répondant le 29 juillet 2021 que les rapports produits avec le recours n'apportaient aucun élément nouveau, l'intimé en a proposé le rejet et la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant a répliqué le 23 août 2021, en se référant aux deux nouvelles pièces suivantes, jointes à son écriture :

- Un rapport du 10 août 2021 de la Dre R.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci exposait que son patient présentait des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité moyenne à sévère malgré une médication adaptée, entraînant une incapacité de travail complète. Le trouble de l'humeur semblait maintenu par les traits de personnalité anxieux et impulsifs, lesquels engendraient un manque d'introspection.
- Un courrier établi le 18 août 2021 par la Dre P.\_\_\_\_\_, soulignant que son patient ne pouvait pas travailler en raison de douleurs somatiques qui jouaient un rôle sur sa santé psychique et sociale, empêchant toute amélioration.

Dans sa duplique du 3 septembre 2021, l'intimé s'est référé à sa réponse du 29 juillet 2021.

Agissant sous la plume de Me Pierre-André Oberson, désigné défenseur d'office par décision du 22 septembre 2021, le recourant a complété son argumentation le 11 octobre 2021 et a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique et rende une nouvelle décision.

Se déterminant le 2 novembre 2021, l'intimé a relevé qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifiait pas, dès lors que les éléments décrits par la psychiatre traitante ne corroboraient pas l'incapacité de travail totale ni l'épisode dépressif sévère, ce d'autant que le traitement antidépresseur prescrit était « au strict minimum ». Il concluait dès lors au rejet du recours.

Le recourant ayant entre-temps déclaré renoncer à l'assistance d'un avocat d'office, une décision relevant Me Oberson de sa mission de conseil d'office et fixant son indemnité a été rendue le 16 novembre 2021. Le recourant a toutefois contesté le montant de cette indemnité devant le Tribunal fédéral, ce qui a de facto entraîné la suspension de la présente procédure jusqu'au 15 février 2023, date à laquelle cette instance a rejeté le recours et restitué le dossier de la cause à la Cour de céans.

### **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). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

**b)** En l'occurrence, le recours est réputé déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la troisième demande de prestation déposée en juillet 2020, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 31 janvier 2018.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** 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 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 cette disposition, 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.

**d)** 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).

**4. a)** 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).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**c)** 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 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé statuait sur la troisième demande du recourant. Lors de la première procédure, l'instruction a porté principalement sur les douleurs dorsales dont souffrait l'intéressé. Sur la base des avis médicaux réunis par l'assureur-accidents ainsi que sur les rapports des différents spécialistes consultés par le recourant en lien avec ses douleurs dorsales, apparues lors de son accident professionnel, il a été retenu que les lombosciatalgies rendaient inexigible l'activité habituelle

d'ouvrier, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. L'existence d'une atteinte incapacitante d'ordre psychique a par ailleurs été écartée, dès lors qu'une évaluation psychiatrique effectuée lors du séjour à la K.\_\_\_\_\_ s'était révélée négative et qu'une telle atteinte était uniquement évoquée par le médecin généraliste traitant du recourant, sans qu'aucun spécialiste n'ait été consulté à cet égard.

Les pièces médicales réunies dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestation n'ont donné aucun indice en faveur d'une aggravation de l'état de santé somatique depuis la première décision de refus de prestations. En revanche, compte tenu de la psychothérapie suivie depuis environ une année, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre. Celle-ci a toutefois réfuté le caractère incapacitant de l'état dépressif présenté par le recourant.

La troisième demande faisait état d'une nouvelle atteinte somatique, à savoir un cancer de la gorge récemment diagnostiqué. L'OAI est entré en matière, mais a considéré qu'aucune aggravation durable de l'état de santé susceptible de modifier le droit à la rente ne ressortait des rapports médicaux des médecins traitants, en se fondant sur l'analyse opérée par le SMR.

**b)** Sur le plan somatique, la médecin généraliste traitante du recourant a indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité depuis 2001. Elle n'a cependant pas explicité les raisons pour lesquelles elle attestait une telle incapacité de travail, se limitant à la mettre en lien avec les atteintes lombaires et psychique, ainsi que le cancer des cordes vocales récemment diagnostiqué. Les remarques de la Dre P.\_\_\_\_\_ ne permettent ainsi pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé somatique du recourant, alors qu'il a été retenu dès la première demande de prestations qu'il présentait une capacité de travail préservée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.

S'agissant du cancer des cordes vocales, découvert en début d'année 2020, les rapports médicaux versés au dossier montrent que cette atteinte a fait l'objet d'une prise en charge immédiate par les équipes spécialisées du J.\_\_\_\_\_ et que le traitement a pris fin en juin 2020. En novembre 2020, il était constaté une rémission complète et des symptômes résiduels de faible intensité. Etant relevé que les médecins du J.\_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant dans le contexte oncologique, il faut constater que les conclusions du SMR, dans le sens d'une incapacité de travail limitée à la période comprise entre le début de la prise en charge médicale du cancer jusqu'au constat de la rémission, sont convaincantes et qu'elles ne sont d'ailleurs pas formellement contredites par le recourant ou par la Dre P.\_\_\_\_\_.

Pour les douleurs lombaires, la Dre P.\_\_\_\_\_ évoque des douleurs présentes depuis 2001, soit depuis l'accident. Les status décrits dans ses rapports des 21 septembre, 16 décembre 2020 et 7 juin 2021 sont toutefois superposables à ceux figurant dans le rapport établi le 25 février 2014 par le Dr X.\_\_\_\_\_ à l'attention de la Q.\_\_\_\_\_ et précédemment déjà dans le rapport final de la K.\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2001. C'est donc à juste titre que le SMR n'a vu aucun signe d'aggravation de la situation par rapport à la précédente décision, ce que le recourant a finalement admis dans sa dernière écriture.

**c)** Du point de vue psychique, la Dre R.\_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 10 octobre 2020 que le recourant avait connu en 2018 deux intervalles sans symptômes dépressifs, ce qui allait dans le sens d'un trouble dépressif récurrent, et a précisé que son patient connaissait un épisode sévère depuis lors. Elle ne relevait cependant pas de changement dans la situation personnelle du recourant, à l'exception de la mise en évidence du cancer des cordes vocales. Dans son rapport du 15 janvier 2021, la psychiatre traitante a évoqué une péjoration des symptômes anxieux, en lien avec le status somatique. Invitée par le SMR à donner certaines précisions, la Dre R.\_\_\_\_\_ a décrit le status comme suit : « humeur labile, irritabilité, ralentissement psychomoteur, mimique pauvre, anxiété quasi chronique, perte d'estime et de confiance en soi,

perte de confiance envers autrui, difficulté de mémoire de rappel et à court terme, concentration d'environ 30-45 min durant entretien puis fatigue psychique s'installe avec péjoration de l'anxiété, retrait social », en précisant que ce dernier symptôme était mineur puisque le patient pouvait compter sur ses proches et faire appel à eux. Par ailleurs, si elle n'a pas donné d'informations précises sur la journée-type de son patient, elle a néanmoins évoqué un déroulement perturbé par les troubles du sommeil, avec peu d'activités à part des promenades de courte durée avec ses proches. Or ces différents éléments sont relativement superposables à ceux que l'expert B. \_\_\_\_\_ notait dans son rapport du 10 novembre 2017. Sur la vie quotidienne, il relevait en particulier que le recourant dormait peu la nuit et faisait plusieurs promenades dans la journée, qu'il avait peu d'amis, qu'il participait peu à la tenue du ménage surtout par habitude culturelle et que ses plaintes étaient essentiellement liées à ses problèmes et limitations physiques. Au status clinique, l'expert avait constaté durant l'entretien que la concentration, l'attention, la compréhension et la mémoire étaient « grossièrement préservées » avec toutefois des troubles subjectifs de la mémoire de travail. Dans la lignée dépressive, l'expert avait noté un moral décrit comme bas, sans ralentissement psychomoteur, une humeur fluctuante, des ruminations concernant l'avenir et la situation financière, une hypoboulie et une anhédonie partielles, un retrait social modéré en lien avec une mauvaise estime de soi et un manque de confiance en soi, un sentiment occasionnel que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, un sommeil perturbé avec réveil précoce associé aux douleurs au dos et une libido diminuée (cf. ch. I/2 à 5 et ch. II/1, pp. 7s. du rapport d'expertise du 10 novembre 2017).

Il convient par ailleurs de relever que, dans ses différents rapports, la Dre R. \_\_\_\_\_ ne se positionne pas clairement sur la capacité de travail de son patient en lien avec sa seule atteinte psychique. Dans sa réponse du 18 avril 2021 aux questions complémentaires du SMR, la psychiatre traitante a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis 2001, sans autre explication. Elle a ajouté que son patient accepterait « sans hésiter » une réadaptation si sa santé tant psychique que somatique le lui permettait. Le rapport du 10 octobre 2020 allait dans le

même sens. Ces différentes remarques laissent penser que la Dre R. \_\_\_\_\_ n'a pas dissocié les problématiques physique et psychique pour évaluer la capacité de travail, ni tenu compte d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique et psychique. Elle ne s'est par ailleurs pas positionnée sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de novembre 2017, bien qu'elles divergent passablement des siennes sur la capacité de travail. Les écrits de la psychiatre traitante des 15 janvier et 1<sup>er</sup> juin 2021 ne contiennent aucune indication supplémentaire sur l'évaluation de la capacité de travail. Quant au rapport du 10 août 2021, il n'est pas plus précis, sauf à confirmer que les symptômes anxieux et dépressifs sont restés relativement stables depuis le début du suivi, en novembre 2014.

Dans sa dernière écriture, le recourant a fait valoir que son état psychique devait faire l'objet d'une investigation complémentaire, nonobstant l'absence d'indice découlant des rapports de sa psychiatre traitante, au motif que ses rendez-vous avec celle-ci se déroulaient sans l'aide d'un interprète. Il a fait valoir à cet égard que son niveau de français était insuffisant pour pouvoir s'exprimer clairement avec sa psychothérapeute, de sorte que celle-ci ne pouvait pas se faire une idée réelle de sa situation psychique. Cette argumentation paraît contradictoire et semble uniquement l'opinion du mandataire du recourant de l'époque. Il paraît en effet inimaginable que, depuis novembre 2014, tant le recourant que la Dre R. \_\_\_\_\_ aient pu se satisfaire d'entretiens pénalisés par des connaissances linguistiques insuffisantes alors qu'un service d'interprétariat existe dans le canton de Vaud (cf. [www.appartenances.ch](http://www.appartenances.ch), rubrique Activités / Interprétariat communautaire). Par ailleurs, il convient de relever qu'au moment de l'expertise psychiatrique de novembre 2017, l'expert a noté que le recourant avait demandé la présence d'une interprète au cours de l'entretien par crainte de ne pas comprendre toutes les questions, mais qu'il semblait bien comprendre le français (ch. II/1, p. 8 du rapport d'expertise psychiatrique du 10 novembre 2017). Cette remarque de l'expert indique non seulement que le recourant dispose de connaissances suffisantes en français pour échanger avec son thérapeute, mais

également qu'il sait que l'aide d'un interprète peut être sollicitée en cas de besoin. L'hypothèse que les rapports médicaux de la psychiatre traitante seraient insuffisamment probants en raison de difficultés de compréhension mutuelle avec le recourant peut donc être écartée.

En conséquence, il faut constater que le SMR a procédé à une analyse objective des rapports établis par la psychiatre traitante et qu'il peut être suivi lorsqu'il conclut qu'aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise de novembre 2017 n'est établie. L'intimé était donc fondé à rejeter la troisième demande de prestations au motif que l'état de santé du recourant n'avait pas durablement connu de modification notable depuis sa décision du 31 janvier 2018.

**6.** Le recourant a fait valoir dans sa dernière écriture qu'une expertise psychiatrique devait être mise en œuvre afin de compléter l'instruction de sa demande de prestations.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**7. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a renoncé à l'assistance d'un mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 10 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- T. \_\_\_\_\_,
- 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 :