

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 avril 2022

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, est au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité (AI) depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 après avoir bénéficié d'une rente entière du 1<sup>er</sup> février 1998 au 31 mars 2001 (décision du 28 juin 2002). Le droit du recourant à une rente, puis à une demi-rente, avait été reconnu en raison de graves lombalgies doublées de troubles psychiques occasionnant avec les troubles somatiques une incapacité de travail de 100% puis de 50%.

Dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la décision d'octroi de rente du 28 juin 2002, une expertise psychiatrique avait été réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport du 30 novembre 2001, l'expert avait retenu les diagnostics de trouble de conversion oligosymptomatique et de personnalité immature (passif-dépendant) à traits paranoïaques. Il avait conclu à une capacité de travail nulle de 1997 à 2000 et de 50% dès 2001.

Un rapport du 28 mai 2008 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant d'alors de l'assuré, avait fait état de lombosciatalgies chroniques bilatérales, à prédominance gauche, sur discopathie L5-S1 depuis 1984 ; mise en place de deux cages de titane en 1997 et de status après mise en place d'un stimulateur médullaire en 2005. A titre de limitations fonctionnelles, le médecin précité avait indiqué un changement de position toutes les 30 minutes, un périmètre de marche de 30 à 60 minutes, ainsi qu'un port de charges de 5 kg au maximum.

L'assuré a, par la suite, déposé plusieurs nouvelles demandes de révision de son droit à la rente auprès de l'OAI. Une demande d'augmentation de rente d'invalidité a notamment été adressée à l'office précité le 10 mai 2019. Celle-ci a donné lieu à une décision du 15 octobre 2019 de refus d'entrer en matière, faute de pièces produites.

Le 20 août 2020, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré qui a succédé au Dr P.\_\_\_\_\_, a écrit à l'OAI qu'elle avait envoyé un rapport médical daté du 1<sup>er</sup> avril 2020, dans lequel il était fait état d'une aggravation progressive des lombosciatalgies associées à des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs, de douleurs des membres inférieurs globales sans respect d'un territoire périphérique associées à une claudication intermittente avec un périmètre de marche de 5-10 minutes et une limitation importante des capacités de monter une pente ou un escalier, des troubles sensitifs avec perte des sensibilités thermiques et douloureuse distalement aux quatre membres, entraînant des troubles de l'équilibre avec des chutes à répétition. Parallèlement aux problèmes physiques, la Dre J.\_\_\_\_\_ avait attesté la présence d'un état dépressif avec fatigabilité chronique, aboulie, troubles du sommeil avec hypersomnolence, tout en précisant que les douleurs permanentes avaient épuisé les ressources psychiques de l'assuré au fil des années. La Dre J.\_\_\_\_\_ regrettait le retard de sa correspondance et sollicitait la poursuite de la procédure.

Le 4 janvier 2021, l'OAI a reçu un questionnaire pour la révision de la rente de l'assuré.

Dans un rapport du 15 janvier 2021, la Dre J.\_\_\_\_\_ a mentionné que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée était nulle depuis juillet 2019 en raison de l'aggravation de l'état de santé constatée.

Par projet de décision du 17 février 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

Le 11 mars 2021, l'assuré, en se fondant sur le rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2020, a contesté le projet précité, en soutenant que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision du 15 octobre 2019, voire depuis plusieurs années auparavant, et que sa

capacité de travail était nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Un rapport du 19 mars 2021 de la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur auprès du Centre d'antalgie et de neuromodulation de l'Hôpital de [...], a fait état de douleurs importantes chez l'assuré malgré une prise en charge antalgique optimale ainsi qu'un état dépressif qui épuisaient le patient et compliquaient fortement son quotidien.

Dans un rapport du 19 avril 2021, la Dre J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales chroniques avec status post mise en place de deux cages de titane en 1997, status post mise en place d'un stimulateur médullaire en 2005 et status post multiples infiltrations lombaires ; de syndrome douloureux chronique généralisé ; ainsi que d'état dépressif chronique sévère. Elle a rappelé que l'assuré, âgé de 61 ans, bénéficiaire de l'assurance-invalidité pour des lombosciatalgies bilatérales chroniques, présentait depuis janvier 2018 une aggravation progressive des lombosciatalgies associées à des rachialgies diffuses, à des dysesthésies diffuses des membres inférieurs, à une claudication des membres inférieurs avec un périmètre de marche de 5 à 10 minutes et une limitation importante pour monter une pente ou un escalier. La Dre J.\_\_\_\_\_ a noté l'absence d'amélioration des plaintes du patient à la suite du remplacement de la pile du neurostimulateur en 2020 et a relevé que l'assuré était limité dans les activités de la vie de tous les jours et que c'était son épouse qui assumait toutes les tâches ménagères.

Par avis du 2 juin 2021, le Service médical régional AI (SMR) a indiqué notamment ce qui suit (sic) :

« Si une IRM [imagerie par résonance magnétique] n'a pu être réalisée en raison du stimulateur, le thérapeute [ndlr : la Dre J.\_\_\_\_\_] ne rapporte aucun autre examen complémentaire ou prise en charge spécialisée, à l'exception de celle en cours depuis des années dans le service d'antalgie de l'hôpital de [...]. L'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales en 2019, manifestement sans complications annoncés. Les symptômes dépressifs décrits n'ont eu non plus pas justifié de prise en charge spécialisée. Sur cette base, une modification notable de l'état de santé n'a pas été retenu, la demande a été rejetée (refus d'entrer en matière).

L'assuré conteste le projet de décision et rapporte que son IT [incapacité de travail] est totale. Le Dr J.\_\_\_\_\_ (19.04.21) précise les diagnostics (lombosciatalgies bilatérales chroniques, syndrome douloureux chronique généralisé et état dépressif chronique sévère). Elle reprend les éléments précédemment décrit et n'amène pas davantage d'argument en faveur d'une péjoration significative, notamment concernant le diagnostic de dépression sévère. En annexe, deux rapports du service d'antalgie de [...] qui relèvent la persistance des douleurs chroniques dans le cadre de la prise en charge.

Conclusion: M. L.\_\_\_\_\_ présente une syndrome douloureux chronique de longue date associé à une comorbidité psychique. En comparant les éléments présentés dans le cadre de cette demande de révision avec les précédentes demandes, force est de constater que la situation est sensiblement identique : les diagnostics sont similaires, la prise en charge inchangée, l'assuré n'a manifestement pas bénéficié d'investigations supplémentaires et le recours à d'autre spécialiste, notamment psychiatre, n'a manifestement pas été indiqué. Les trois interventions rapportées en 2019 restent des interventions qui en dehors de complications avérées, ne présupposent pas de limitations fonctionnelles ou une diminution durable de la CT [capacité de travail]. La description anamnestique et clinique faite actuellement par le Dr J.\_\_\_\_\_ semble même moins défavorable que celles réalisées par les thérapeutes de l'époque (décembre 2009 et mai 2008, notamment). »

Par décision du 3 juin 2021, confirmant le projet du 17 février 2021, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 15 octobre 2019.

**B.** Par acte du 4 juillet 2021, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, principalement, à son annulation et à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande d'augmentation de rente et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 3 juin 2021 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. Il fait en substance valoir que contrairement à ce que soutient l'intimé, il a rendu vraisemblable que son état de santé s'était détérioré et en donne pour preuve les rapports des 1<sup>er</sup> avril 2020 et 19 avril 2021 établis par la Dre J.\_\_\_\_\_, dans lesquels celle-ci a constaté une aggravation des lombosciatalgies associées à des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs, ainsi que de nouvelles affections ayant nécessité des

opérations en 2019 et conclu à une incapacité de travail totale. Le recourant se réfère également au rapport du 19 mars 2021 de la Dre X.\_\_\_\_\_, qui a constaté des douleurs non seulement au dos mais également dans les jambes, compliquant fortement sa vie quotidienne, l'épuisant et ayant pour conséquence un état dépressif. Le recourant considère également que la décision de l'OAI est insuffisamment instruite et motivée et que celui-ci aurait dû procéder à des expertises complémentaires. Il produit, à l'appui de son recours, un rapport de physiothérapie du 1<sup>er</sup> juillet 2021, dans lequel il est constaté une aggravation de l'état de santé depuis 2019, soit une insensibilité des pieds, une raideur et des brûlures au niveau L3-L5 avec des blocages aigus pouvant durer 10 à 15 jours, ainsi que des rapports des 20 mars 2000, 12 avril 2019 et 2 mai 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a notamment évoqué la présence d'une neuropathie acquise.

Par réponse du 8 septembre 2021, l'intimé propose le rejet du recours, en se fondant sur un avis SMR du 2 septembre 2021 rédigé en ces termes (sic) :

« Suite à notre précédent avis SMR, dans lequel nous expliquions pour quelle raison une aggravation significative n'était à notre avis pas rendu plausible, une décision de refus d'entrer en matière est adressée le 03.06.21. L'assuré conteste cette décision. Dans le cadre de l'examen du dossier, vous nous interrogez concernant un rapport médical du médecin traitant, datée du 01.04.20, mentionné à plusieurs reprises avant la décision mais présenté uniquement dans le cadre du présent recours.

« Le rapport en question a été rédigé par la Dre J.\_\_\_\_\_. En comparant ce rapport aux deux autres rapports rédigées par la même thérapeute (15.01.21 et 19.04.21), nous constatons qu'il ne contient pas d'éléments complémentaires qui auraient été ignorés. Au contraire, il tend à confirmer notre position. En effet, depuis la rédaction du rapport d'avril 2020, il semble parfaitement clair que les trois interventions de 2019 (tunnel carpien bilatéral, ablation de kyste arthrosynovial du poignet droit et hernie inguino-scrotale gauche) ont été un succès et n'ont pas eu de complication ou de répercussions durables. De plus, cela confirme qu'en dépit de l'aggravation annoncée comme progressive depuis plusieurs années, aucun recours à un autre spécialiste rhumatologue, orthopédiste, neurochirurgien ou encore psychiatre n'a été jugée nécessaire (en dehors du suivi de longue date dans le service d'antalgie de [...]). Les documents présentés dans le recours font également état d'une consultation neurologique (Dr B.\_\_\_\_\_) réalisée manifestement avant les interventions précitées, en raison de symptômes en lien

avec la prise en charge des tunnels carpiens (symptômes qui ne sont manifestement plus présent depuis la prise en charge chirurgicale). Il est intéressant de relever dans ce contexte que le neurologue proposait certaines investigations qui n'ont manifestement pas abouties à la mise en lumière d'une nouvelle atteinte.

Il est également important de relever que la Dre J. \_\_\_\_\_ caractérisait déjà en janvier 2014 une reprise d'activité professionnelle comme étant illusoire. L'assuré a malgré tout pu, d'après la thérapeute, effectuer une activité de nettoyage/maintenance par la suite. Dans son rapport du 15.01.21, l'IT totale en toute activité était attestée dès juillet 2019. Finalement, dans le rapport du 19.04.21, une interruption de l'activité est rapportée uniquement en août 2021. A noter encore que la Dre J. \_\_\_\_\_ rapporte à plusieurs reprises n'avoir pas pu réaliser une IRM de la colonne lombaire en raison de la présence du stimulateur. Si la situation anamnétique et clinique laissait suspecter une aggravation significative, le recours à d'autres techniques d'imagerie médicale (radiographie standard, CT-scan) aurait représenté sans conteste, au même titre que le recours à l'avis d'un spécialiste, un complément nécessaire dans la prise en charge d'une aggravation significative de l'assuré. Finalement, comme mentionné précédemment, si l'on compare les éléments anamnestiques et cliniques actuels (notamment en lien avec les tâches ménagères) avec ceux rapportés en 2008 et 2009 déjà (et particulièrement dans le rapport du 28.05.08 du Dr P. \_\_\_\_\_, prédécesseur de la Dre J. \_\_\_\_\_), force est de constater qu'une aggravation significative et durable n'est là non plus pas rendue plausible. »

Dans un rapport du 29 octobre 2021, la Dre J. \_\_\_\_\_ a répondu à l'avis SMR précité qui lui a été soumis. Cette thérapeute indique que l'objet du recours est l'aggravation de la pathologie rachidienne et l'état dépressif chronique (et non les pathologies qui ont nécessité des interventions en 2019). Elle explique que le recourant présente depuis janvier 2018 une aggravation progressive des lombosciatalgies associées à des rachialgies diffuses, à des dysesthésies diffuses des membres inférieurs, à une claudication des membres inférieurs avec un périmètre de marche de 5 à 10 minutes et à une limitation importante pour monter une pente ou un escalier. Elle souligne que la pathologie rachidienne a été investiguée et prise en charge par elle-même, par le Dr B. \_\_\_\_\_, neurologue, ainsi que par le Dr F. \_\_\_\_\_ puis par la Dre X. \_\_\_\_\_ du Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...]. Elle relève encore qu'un CT thoraco-abdominal a été effectué le 6 août 2019, que la prise en charge psychiatrique et la médication psychotrope ont été assurés par elle-même en raison de moyens financiers limités du recourant et que celui-ci a dû

progressivement diminuer son taux d'activité jusqu'à cesser totalement toute activité professionnelle depuis le 1<sup>er</sup> août 2019. De l'avis de la Dre J.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de son patient est nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles physiques et psychiques qu'il présente.

Dans une écriture du 10 novembre 2021, l'intimé maintient sa position en relevant qu'après une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande faute d'avoir rendu plausible une aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision entrée en force, il n'y a pas lieu d'examiner les nouvelles pièces produites ultérieurement à cette décision, dans le cadre de la procédure de recours.

Par déterminations du 10 décembre 2021, le recourant déclare maintenir ses conclusions et souligne que le rapport du 29 octobre 2021 de la Dre J.\_\_\_\_\_, qui confirme le bien-fondé de son recours, doit être pris en considération par l'autorité 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).

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

**2.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 3 juin 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).

**3.** Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 4 janvier 2021 par le recourant.

**4. a)** 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision,

l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**d)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 4 janvier 2021 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si ce dernier a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 15 octobre 2019, avec ceux prévalant à l'époque de la décision du 28 juin 2002, à savoir la dernière (et unique) décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente.

Tout d'abord, on relèvera que l'intimé soutient, à juste titre, qu'il n'y a pas lieu d'examiner des rapports médicaux produits dans la procédure de recours lors d'une non entrée en matière. Toutefois le rapport de la Dre J. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2021 ne fait que répondre aux arguments soulevés par le SMR dans la procédure de recours uniquement parce qu'il n'avait pas été tenu compte du rapport du 1<sup>er</sup> avril 2020 produit pourtant devant l'administration. On retiendra dès lors, comme le confirme la Dre J. \_\_\_\_\_, que ce n'est pas en raison des trois interventions chirurgicales de 2019 que la demande du 4 janvier 2021 a été déposée, mais en raison de l'aggravation de la pathologie rachidienne et de l'état dépressif chronique du recourant.

**b/aa)** Il est incontestable que sur le plan somatique, ce dernier souffre d'une instabilité lombaire basse depuis de nombreuses années et que la simple évocation de la persistance de troubles lombaires ne permet pas de modifier l'évaluation de la capacité de travail résiduelle en l'absence d'une aggravation objectivable. Or force est de constater que l'assuré a rendu plausible une aggravation de ses lombosciatalgies. En effet, il ressort des rapports de la Dre J. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 1<sup>er</sup> avril 2020, 9 juillet 2020, 15 janvier 2021 et 19 avril 2021) ainsi que de celui de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2021, que le recourant a progressivement diminué son taux d'activité pour cesser totalement de travailler le 1<sup>er</sup> août 2019 et qu'il présenterait depuis lors une incapacité de travail totale. Dans ces rapports, il est mentionné des dysesthésies diffuses des membres inférieurs, une claudication ainsi que de nouvelles limitations ou des limitations plus strictes (périmètre de marche de 5 à 10 minutes, limitation importante pour monter une pente ou un escalier, chutes à répétition) par rapport à celles qui avaient été retenues par le Dr P. \_\_\_\_\_, précédent médecin traitant du recourant (périmètre de marche de 30 à 60 minutes, pas de port de charges supérieur à 5 kg, changement de position toutes les 30 minutes ; cf. rapport du 28 mai 2008).

Le SMR considère que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé au motif qu'il n'y aurait aucun autre examen complémentaire ou prise en charge spécialisée (« aucun recours à

un autre spécialiste rhumatologue, orthopédiste, neurochirurgien ou encore psychiatre n'a été jugée nécessaire »). Ce constat n'est toutefois pas exact puisque la pathologie rachidienne a été investiguée et prise en charge par la Dre J.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, neurologue, et les Drs F.\_\_\_\_\_ puis X.\_\_\_\_\_ du Centre d'antalgie et de neuromodulation de l'Hôpital de [...]. Des infiltrations lombaires à répétition, des cryothérapies, de la physiothérapie, le remplacement de la pile du neurostimulateur ont été effectués sans succès. En ce qui concerne l'absence d'autres techniques d'imagerie médicale que l'IRM réalisées, reproche fait par le SMR au stade du recours, un CT thoraco-abdominal effectué le 6 août 2019 montrait des remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques ainsi que des remaniements post-opératoires importants en regard du pôle inférieur du boîtiers de neurostimulation.

**bb)** Sur le plan psychique, dans son rapport d'expertise du 30 novembre 2001, le Dr G.\_\_\_\_\_, avait indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble de conversion, mettant beaucoup d'énergie à vouloir démontrer sa normalité psychologique. L'expert avait ainsi retenu une capacité de travail à 50 % permettant une sédation suffisante de l'anxiété tout en garantissant le maintien d'une capacité résiduelle de travail. Il n'était pas mentionné d'état dépressif. Certes la Dre J.\_\_\_\_\_, comme les médecins du Centre d'antalgie, ne sont pas psychiatres. Ils ont toutefois constaté un état dépressif, jugé sévère par la Dre J.\_\_\_\_\_, qui est pris en charge en l'état par le médecin traitant et la prescription notamment de Cipralax 20mg 1cp/jour.

**c)** Il s'ensuit que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychiatrique, si bien que l'intimé aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 4 janvier 2021.

**6.** Le recours doit par conséquent être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, en reprenne l'instruction et rende une 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 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 3 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. 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 :

- L. \_\_\_\_\_,
- 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 :