

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

V. _____, à P. _____, recourant,

et

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

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, travaillait en tant qu'ouvrier polyvalent spécialisé dans les travaux de menuiserie pour le compte de la commune de P._____. Souffrant de problèmes psychiques et dorsaux à la suite d'un accident survenu le 3 mars précédent dans le cadre de son activité professionnelle à l'origine d'une incapacité totale de travail, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 septembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Entre autres mesures d'instruction, l'office AI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du Centre d'expertises B._____ à S._____ comportant un volet rhumatologique (Dr R._____, spécialiste en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 25 avril 2018, les experts se sont exprimés comme suit sous l'intitulé « évaluation consensuelle » :

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

L'expertisé souffre d'une lombalgie mécanique exacerbée par les changements exigés dans son activité professionnelle, changements entraînant des efforts supplémentaires. Il présente également des paresthésies dans le territoire C6 au niveau de la main droite gênant la motricité fine.

Sur le plan psychiatrique, le 12 août 2015, le Dr J._____, psychiatre à X._____, réalise une expertise pour le compte de l'assurance perte de gain et retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen, en rémission partielle, et il ne retient pas le trouble dépressif récurrent, ni le trouble de la personnalité. Il affirme une incapacité de travail à 50 % à partir du jour de l'expertise dans la dernière activité exercée, suggérant une prise en charge psychothérapeutique régulière et la prise d'un traitement médicamenteux adéquat qui pourraient améliorer l'état de santé de l'expertisé. Par contre, le 9 novembre 2015, le psychiatre traitant maintient l'incapacité totale de travail dans toute activité ainsi que dans la mesure de réinsertion, deux heures par jour, quatre jours par semaine. L'expertisé refuse tout médicament.

4.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Il n'y a pas d'atteinte neurologique des membres inférieurs. Il s'agit d'une lombalgie mécanique sans irradiation neurologique avec des séquelles de paresthésies dans le territoire C6 au niveau de la main droite.

Sur le plan psychiatrique, l'expertisé présente un épisode dépressif en rémission.

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les séquelles de paresthésies dans le territoire C6 au niveau de la main droite gênent les gestes fins et la motricité fine, néanmoins ceci n'est pas incompatible avec une activité de menuiserie légère ou d'autres activités sans efforts.

Limitations fonctionnelles de la lombalgie mécanique : pas de port de poids ponctuel supérieur à 20 kilos, pas de port de poids régulier supérieur à 5 kilos, marche limitée à 1 heure, piétinement limité à 2 heures, position assise limitée à 1 h 30, limitation des montées et descentes d'escalier, en position assise possibilité de tirer ou pousser des poids en les faisant glisser, changement de position toutes les heures et demi, possibilité de position à genoux ou accroupie, conduite limitée à 20 minutes.

Pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Pas de signes cliniques parlant en faveur d'un trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Pas de facteur de surcharge chez cet expertisé intelligent présentant des ressources psychologiques tel que l'autocontrôle et le fait de donner un sens à sa vie malgré les douleurs dont il témoigne.

4.6 Contrôle de cohérence

Cohérence entre les symptômes cliniques et les signes cliniques objectivés par l'expert rhumatologue, par contre il y a des discordances du point de vue psychiatrique entre les symptômes cliniques évoqués par l'expertisé et les signes cliniques.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % depuis août 2014.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

En tenant compte de limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 % depuis avril 2015.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'expertisé est incapable de travailler dans son ancien métier de menuisier mais capable dans une autre activité.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Une nouvelle physiothérapie en piscine pourrait être envisagée, mais cela n'aurait aucune incidence sur la capacité de travail.

Sollicitée pour détermination, la Dre W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a indiqué n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre d'expertises B._____. (rapport du 15 mai 2018).

Le 15 novembre 2018, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 30 juin 2015.

Par courrier du 11 décembre 2018, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet de décision du 15 novembre 2018, arguant d'une péjoration de son état de santé physique et psychique.

Dans une attestation du 27 décembre 2018, le Secteur psychiatrique G._____ a indiqué que, depuis le mois de novembre 2018, l'assuré présentait une rechute dépressive sévère avec une péjoration de la tristesse associée à une anhédonie, une perte d'espoir face à l'avenir, des angoisses intenses ainsi que des idées suicidaires sporadiques ; cette symptomatologie était due aux difficultés de l'intéressé à envisager une reprise professionnelle à court terme.

A la demande du SMR, le Dr Q._____ et D._____, respectivement médecin adjoint et psychologue assistante auprès du Secteur psychiatrique G._____, ont établi un nouveau rapport médical le

28 mars 2019. D'après eux, l'assuré présentait une symptomatologie dépressive moyenne à sévère depuis le mois de décembre 2018, accompagnée d'une irritabilité, d'une anhédonie, de la présence épisodique d'idées noires, de débordements d'émotions devant la moindre situation de stress ainsi que d'une tendance à l'isolement. A cela s'ajoutait un discours négatif et pessimiste au sujet de la société avec un penchant à idéaliser le passé. En outre, le patient n'était pas en mesure de comprendre sa situation ni l'origine de celle-ci, pas plus qu'il était capable de se projeter dans l'avenir, malgré plusieurs années de thérapie. Selon les auteurs du rapport, l'existence d'une symptomatologie dépressive persistante de degré moyen à sévère était incompatible avec l'exercice de n'importe quelle activité depuis 2015 au moins.

Au terme de son analyse, la Dre W. _____ a mis en exergue diverses imprécisions et incohérences contenues dans le rapport du 28 mars 2019, si bien qu'elle a dressé une liste de questions auxquelles il était demandé au psychiatre traitant de répondre (avis médical du 30 avril 2019).

Dans un rapport du 15 octobre 2019, la Dre C. _____, cheffe de clinique adjointe auprès du Secteur psychiatrique G. _____ et D. _____, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de trouble anxieux, sans précision. Elles ont expliqué que l'état de santé de l'assuré n'avait guère évolué depuis leur dernier rapport et que sa capacité de travail était nulle en toute activité depuis le mois d'août 2014. D'après elles, il était limité par des douleurs physiques, principalement au dos et à la main droite, ainsi que par sa symptomatologie anxio-dépressive. De plus, il présentait des difficultés au niveau relationnel, de l'hostilité ou de l'agressivité, un certain apragmatisme, une difficulté à gérer les tâches administratives, une difficulté à maintenir l'hygiène personnelle et une hypersensibilité au stress. Sa capacité d'adaptation au changement était très limitée.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, la Dre W. _____ a estimé qu'il n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de

l'expertise du Centre d'expertises B._____ tant au plan somatique que psychiatrique (avis médical du 1^{er} novembre 2019).

Par décision du 15 octobre 2020, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, conformément à son projet de décision du 15 novembre 2018.

b) Le 2 février 2021, V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 15 mars 2021, le Dr L._____, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants : troubles anxio-dépressifs, lombalgies chroniques invalidantes sur discopathies pluri-étagées exacerbées après un accident de travail le 3 mars 2014, troubles métaboliques avec obésité de grade II, diabète de type II non insulino-requérant, hypertension artérielle traitée, dyslipidémie traitée, syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré modéré, bronchopneumopathie chronique obstructive gold stade I sur tabagisme actif et allergie aux piqûres d'hyménoptères. D'après ce médecin, le statut musculo-squelettique permettait une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Le Dr L._____ a joint un rapport établi le 1^{er} mars 2020 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant. Ce médecin y posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, de trouble anxieux sans précision, d'agoraphobie et de phobie sociale. Selon lui, l'existence de plusieurs épisodes dépressifs depuis 2010 justifiaient le diagnostic de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique. S'interrogeant sur la structure de la personnalité de son patient, le Dr H._____ envisageait le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde. Il apparaissait en effet qu'il s'isolait, n'avait pas de capacité à éprouver du plaisir et que son monde était réduit aux activités de la sphère familiale. A cela s'ajoutaient un certain émoussement émotionnel, une anhédonie et un isolement social. La capacité de travail était nulle.

Le 19 avril 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 2 février précédent, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 15 octobre 2020.

Représenté par Propcap, l'assuré a présenté, le 1^{er} juin 2021, des objections à ce projet de décision. Il a fait valoir que le Dr H. _____ avait posé de nouveaux diagnostics (agoraphobie, phobie sociale et suspicion de trouble de la personnalité schizoïde) et qu'il existait une augmentation du traitement médicamenteux depuis 2019 malgré une fréquence régulière des rendez-vous.

Le 15 juillet 2021, l'assuré a complété son argumentation en se référant à un rapport établi le 22 juin 2021 par le Dr H. _____ dans lequel ce médecin posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et de troubles de la personnalité schizoïde. Il inférait de ce document que l'aggravation de son état de santé était avérée : ses ressources psychiques s'amenuisaient et avaient un impact sur son environnement familial. Outre une fatigue, il présentait des troubles de l'attention et de la concentration, une aboulie, un apragmatisme, une athymhormie, évitait les relations sociales, se dévalorisait et n'avait que des centres d'intérêts restreints. En outre, divers éléments avaient conduit le Dr H. _____ à examiner la structure de sa personnalité (tendance à l'isolement, solitude, anhédonie, émoussement émotionnel) ; dans la mesure où l'analyse du psychiatre traitant divergeait de celle du Dr F. _____, l'assuré estimait que l'office AI se devait de compléter l'instruction. Par ailleurs, il déplorait le caractère très général des activités d'une journée-type décrites dans l'expertise car elles pouvaient correspondre à celles de n'importe quelle personne ; il n'y avait dès lors rien à en tirer quant à son état de santé. Ainsi, malgré un suivi thérapeutique perdurant depuis plusieurs années et une modification de la médication en 2018, son état psychique se péjorait et conduisait à une incapacité totale de travail. C'était dès lors à tort que l'office AI n'avait

pas procédé à l'instruction de la demande de prestations déposée le 2 février 2021.

Répondant aux questions posées par la Dre W._____, le Dr H._____ a rédigé un nouveau rapport médical daté du 6 septembre 2021. Sur la base des éléments anamnestiques et de ses propres constatations cliniques, il retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et de troubles de la personnalité schizoïde. Selon lui, les premiers symptômes d'une symptomatologie dépressive remontaient à 2010 ; par la suite, une aggravation s'était produite en 2014 suivie d'une rechute dépressive en décembre 2018. Depuis l'expertise du Dr F._____, il existait des éléments cliniques nouveaux parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé, ce qui justifiait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Décrivant une nouvelle fois les répercussions des atteintes à la santé présentées dans les différents domaines de la vie, le Dr H._____ jugeait qu'elles rendaient l'assuré vulnérable et pourraient déclencher des épisodes graves de décompensation psychique. Ces symptômes existaient depuis plusieurs années, revêtaient un aspect chronique et le handicapaient dans sa vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la présence de la symptomatologie psychiatrique et somatique ; aussi estimait-il que la capacité de travail était nulle, y compris dans une activité adaptée.

Par avis du 17 septembre 2021, la Dre W._____ s'est prononcée sur le rapport du Dr H._____ du 6 septembre 2021 pour conclure que ces réponses ne lui paraissaient pas suffisamment convaincantes pour lui permettre de modifier ses précédentes appréciations.

Par décision du 27 septembre 2021, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 2 février 2021.

B. **a)** Par acte non daté reçu le 1^{er} novembre 2021, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 27 septembre 2021 en concluant à son annulation en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente

d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. Reprenant quasiment mot pour mot la motivation développée en procédure d'audition, il a allégué que c'était à tort que l'office AI avait fait fi des éléments médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé et qu'il n'avait pas procédé à l'instruction de sa demande de prestations du 2 février 2021. A l'appui de ses allégations, l'assuré a produit, outre le rapport du 22 juin 2021 du Dr H._____, un document établi par ce médecin le 9 juillet 2021 ; il comprenait le descriptif de treize facultés à évaluer et, en regard de chacune d'elles, une cotation de 0 à 4 correspondant au degré de limitation retenu.

b) Dans sa réponse du 8 décembre 2021, l'office AI a souligné que, dans la cadre de sa nouvelle demande de prestations, l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations depuis la décision du 15 octobre 2020. Partant, il a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas.

b) 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 27 septembre 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. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande,

l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de 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.

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

4. a) En l'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 2 février 2021. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 15 octobre 2020 accordant au recourant une rente limitée dans le temps - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 27 septembre 2021, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 27 septembre 2021 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 15 octobre 2020.

b) Le recourant a présenté sa nouvelle demande le 2 février 2021, soit près de quatre mois après la décision du 15 octobre 2020. L'intimé était donc en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations que le laps de temps

qui s'était écoulé depuis sa décision antérieure était bref (ATF 109 V 108 consid. 2b; voir aussi ATF 130 V 70 consid. 6.2).

c) Les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

aa) Sur le plan somatique, le rapport établi le 15 mars 2021 par le Dr L._____ ne fait pas mention d'une atteinte à la santé susceptible d'influer la capacité de travail du recourant, ce médecin confirmant au contraire - à l'instar du Dr R._____ - que le recourant dispose d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) Sur le plan psychiatrique, il ne ressort pas des rapports établis par le Dr H._____ les 1^{er} mars 2020, 22 juin 2021 et 6 septembre 2021 l'existence d'une péjoration significative de la situation psychique du recourant par rapport à celle décrite dans le rapport d'expertise du Dr F._____. Si le médecin-traitant du recourant mentionne de nouveaux diagnostics (trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique [F 33.11] et trouble de la personnalité schizoïde [F 61]) et estime la capacité de travail du recourant comme étant actuellement nulle, il rapporte des constats proches des observations opérées par le Dr F._____, comme, par exemple, les symptômes présentés par le recourant (palpitations, tension interne permanente, troubles de panique, angoisses, morosité générale). Il en va de même s'agissant du descriptif du déroulement d'une journée-type du recourant, celle-ci étant, aujourd'hui comme à l'époque de l'expertise, essentiellement vouée aux soins des enfants, à l'accomplissement de menues tâches domestiques et à quelques visites familiales. Du reste, le Dr H._____ mentionne une symptomatologie chronique existant depuis plusieurs années. Dans ce contexte, retenir un diagnostic nouveau en fonction de constatations globalement identiques ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait qui ne rend pas plausible une modification notable de l'état de santé. Il convient à cet égard de souligner que le Dr F._____ relevait des incohérences entre les dires du recourant, sa manière de parler pendant l'entretien et

ses activités journalières, lesquelles ne correspondaient pas à celles d'une personne atteinte dans sa santé psychique. On ne peut dès lors exclure que les diagnostics retenus par le Dr H._____ - de même que son évaluation des facultés - reposent dans une large mesure sur les seules déclarations du recourant.

Cela étant, les observations du Dr H._____ ne contiennent aucun argument médical ni indice rendant plausible une modification significative de l'état de santé du recourant. Il ne décrit en particulier pas de suivi hospitalier d'urgence, dont il n'y a d'ailleurs pas trace au dossier. Il ne fait pas non plus état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec les troubles diagnostiqués (cf. rapport du 15 octobre 2019 des médecins du Secteur psychiatrique G._____ mentionnant déjà la prescription de Sertraline). De surcroît, les explications données par le Dr H._____ relèvent à l'évidence d'une vision fondée sur une approche bio-psycho-sociale de la maladie et reposent sur les hypothétiques bénéfiques, sur le plan thérapeutique, de l'octroi d'une rente. Or il convient de préciser que l'octroi d'une rente d'invalidité obéit à des règles légales ; sous peine d'arbitraire, pareille prestation ne saurait être allouée en reconnaissance de la souffrance qu'un assuré peut endurer ou pour accroître le bénéfice d'une mesure thérapeutique qui lui est prodiguée (TFA I 541/02 du 6 mai 2003 consid. 3.2.1). Dans ces conditions, les explications données par le Dr H._____ ne permettent pas de discerner une évolution objective - étayée par des éléments cliniques et objectifs - de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision du 15 octobre 2020.

d) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. On doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En tant qu'elle refuse la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. a) 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^{bis} 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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (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 rejeté.

- II. La décision rendue le 27 septembre 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 V._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. V._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :