

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 octobre 2023

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Parrone, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est originaire du [...]. Il est divorcé et père d'une fille née en [...]. Sans formation, il a travaillé en Suisse depuis [...] comme employé de maison, déménageur et agent de sécurité jusqu'en 2006. Il émarge à l'assistance sociale depuis 2009.

Le 11 novembre 2011, avec le concours du Service social de [...], l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de lombosciatalgies sur hernie discale L4-L5 et L5-S1.

Par décision du 5 septembre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé tout droit à une rente d'invalidité, motif pris que si l'activité de déménageur exercée occasionnellement n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assuré, l'activité habituelle d'agent de sécurité demeurerait exigible de sa part, sans préjudice économique. Une mesure d'aide au placement a été octroyée le 23 mai 2012.

**B.** Le 13 mai 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé avec l'apparition de problèmes cardiologiques et psychiatriques.

Par décision du 19 octobre 2015, l'OAI a refusé tout droit à une rente, motif pris que si l'activité habituelle d'agent de sécurité n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assuré, ce dernier conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« exposition à la fumée passive, au stress aigu, travail de nuit, positions statiques prolongées, travail accroupi et épargne du rachis ») dès le 17 juin 2015 au plus tard.

**C.** Le 27 septembre 2017, X.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant état d'atteintes lombaire, pulmonaire, cardiologique, psychique et de gonalgie.

Dans le cadre de cette demande, l'assuré a produit des rapports des 13 novembre 2017 et 31 janvier 2018 de sa psychiatre traitante, la Dre L.\_\_\_\_\_, consultée depuis le mois de septembre 2017. Posant les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F32.2 ; « au moins depuis 2014 »), troubles spécifiques de la personnalité, troubles paranoïaques (F60.0), personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.3 ; « depuis longtemps ») et autres modifications de la personnalité (F62.8), cette médecin a fait part d'un pronostic réservé au vu de l'évolution de l'état de santé plutôt défavorable de son patient.

Dans un rapport d'IRM cérébrale et de la colonne cervicale effectuée le 18 avril 2018 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, il a été relevé que l'assuré présentait au rachis cervical des discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées, prédominant entre les vertèbres C4-C5 et C6-C7, à l'origine d'une sténose des trous de conjugaison C3-C4 gauche, C4-C5, C5-C6, C6-C7 bilatéralement et une possible irritation des racines nerveuses correspondantes dans leur trajet intra-foraminal.

Une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) a été confiée par l'OAI au D.\_\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_\_) de [...]. Dans leur rapport du 11 décembre 2018, les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics avec ou sans incidence sur la capacité de travail suivants :

- Cardiopathie ischémique avec infarctus NSTEMI subaigu sur maladie coronarienne monotronculaire avec occlusion de l'IVA moyenne le 23.12.2014.
- Mise en place d'un stent actif sur l'IVA (23.12.2014).
- Hypertension artérielle connue et traitée depuis décembre 2014.

- Hypercholestérolémie traitée depuis décembre 2014.
- Obésité grade I.
- Balance lichénoïde traitée depuis 2017.
- Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, discopathies étagées de C3-C4 à C6-C7.
- Lombo-sciatalgies gauches chroniques irritatives, non déficitaires, de topographie L5-S1, sur troubles dégénératifs.
- Dysthymie (F 34.1).
- Trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23)."

Au terme de leur évaluation consensuelle, ces experts ont indiqué que si l'activité habituelle de l'assuré était contre-indiquée tant pour des raisons physiques que psychiques, il bénéficiait toutefois depuis 2016 d'une capacité de travail de 100 %, avec une perte de rendement de 15 % en raison de lésions dégénératives douloureuses chroniques touchant tant la colonne cervicale que lombaire, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« pas d'efforts physiques soutenus, pas de déplacements sur de longues distances, pas de position statique assis ou debout prolongée au-delà de 30-45 minutes, changements de position possibles, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical respectivement lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque respectivement du tronc, pas de travail en position agenouillé, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port itératif de charges > 5-10 kg, pas de travail avec les bras levés en hauteur et pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence »). Au niveau psychiatrique, ils ont retenu ce qui suit au terme de leur discussion consensuelle : « L'évaluation psychiatrique a mis en évidence une dysthymie associée à un trouble de l'adaptation, une atteinte dont la gravité globale reste légère. [...] La fatigue reste légère avec une discrète atteinte de l'endurance. Il n'y a pas de troubles cognitifs objectivés. Il n'y a pas d'atteinte psychique qui serait source d'une diminution durable (même si l'on note de la colère il arrive à rapidement se contrôler) de la capacité de jugement, de perturbation de la prise de décision ou de respecter un cadre de travail ». S'agissant de la capacité à interagir avec autrui, les experts ont unanimement indiqué que l'assuré se « trouverait en rupture avec de nombreuses personnes, dit ne plus conserver des liens sociaux ou quasi, cela principalement par honte ». Enfin, ils ont retenu des

capacités adaptatives limitées par le niveau d'éducation et le fait que l'intéressé se trouvait dans une situation de crise personnelle avec une émotivité accentuée (volet consensuel de l'expertise, p. 6 s.).

Par décision du 25 avril 2019, l'OAI a refusé d'allouer des prestations, au motif que le taux d'invalidité de l'assuré était de 2,94 %. Cette décision n'a pas été contestée.

**D.** Une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée par X. \_\_\_\_\_ le 16 décembre 2020 en raison d'une aggravation des troubles psychiques (dépression, anxiété, insomnie) et cardiaques « survenue dans l'intervalle ». Dans ce cadre, l'assuré a notamment remis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un certificat du 4 décembre 2020 de la Dre L. \_\_\_\_\_ aux termes duquel la psychiatre traitante a fait part d'une dégradation de l'état psychique de son patient depuis au moins six mois en raison d'une péjoration de son état somatique et de la dégradation de sa situation sociale (contact difficile avec sa famille, déménagement de sa fille et isolement social). La psychiatre traitante évaluait la capacité de travail de l'assuré comme nulle tant dans son ancien métier que dans une activité adaptée ;

- un rapport du Service de dermatologie du CHUV du 4 janvier 2021 d'un examen dermatologique mettant en évidence le diagnostic de dermatite de l'interface avec nombreuses nécroses kératinocytaires isolées ;

- un rapport du 8 février 2021 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, indiquant que, sur la base du bilan effectué en novembre 2020, la capacité de travail de l'assuré, sur le plan cardiologique, devait « avoir été récupérée à 100 % » et qu'un prochain bilan devait avoir lieu au mois de juin (échographie d'effort) ;

- un nouveau rapport du 8 avril 2021 dans lequel la Dre L. \_\_\_\_\_ a notamment attesté un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, un état d'épuisement, et a rappelé que l'assuré avait subi une nouvelle

opération cardiologique le 11 novembre 2020. En présence d'un patient très fragile et labile sur les plans somatique et psychique ainsi qu'au vu de l'impossibilité de modifier le traitement surtout à cause du problème cardiaque, la psychiatre traitante confirmait son estimation de la capacité de travail de l'assuré nulle dans toute activité.

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] avis du 15 avril 2021) puis recueilli un nouveau rapport du 20 avril 2021 de la Dre L.\_\_\_\_\_, l'OAI s'est vu notamment remettre un rapport de consultation du 17 mai 2021 de la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, laquelle a indiqué que la dernière IRM cérébrale de 2018 ne montrait pas de lésion particulière mais que les symptômes étaient nettement plus importants depuis novembre 2020. Dans le contexte d'un bilan cognitif mettant en évidence quelques défauts de la mémoire à court terme, probablement en lien avec la pathologie psychiatrique possiblement associée à des troubles vasculaires à la suite de l'infarctus du myocarde, l'assuré s'était vu proposer de faire une IRM cérébrale.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les dernières pièces médicales au dossier (avis du 12 août 2021), l'OAI a, par projet de décision du 13 août 2021, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 16 décembre 2020, en l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision de refus de prestations.

Dans le cadre des objections de l'assuré du 27 août 2021 sur ce préavis de refus de prestations, l'OAI s'est vu remettre :

- un certificat du 26 août 2021 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant. Après un rappel des diagnostics présentés par son patient en indiquant que celui-ci montrait une aggravation de la symptomatologie douloureuse concernant la région cervico-brachiale de manière bilatérale et lombaire et qu'il faisait face à un tableau douloureux récurrent avec blocages fréquents, générant des troubles du sommeil

sévères et une asthénie marquée, ce médecin a indiqué qu'un nouveau bilan radiologique devait être réalisé. De l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans tout métier. Concernant l'aspect psychiatrique, ce médecin renvoyait l'OAI auprès de la psychiatre traitante ;

- un rapport du 30 août 2021 de la Dre L.\_\_\_\_\_, laquelle a rappelé les diagnostics présentés et a indiqué qu'en l'absence d'amélioration de sa santé « ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique » son patient était incapable de « travailler dans son activité habituelle ou entamer une nouvelle activité professionnelle ni partielle ni totale », ce qui justifiait de retenir une capacité de travail nulle comme le Dr I.\_\_\_\_\_ l'avait déjà confirmé ;

- un rapport d'IRM lombaire effectuée le 21 septembre 2021 par la Dre N.\_\_\_\_\_, radiologue, mettant en évidence l'absence de hernie discale, une discopathie toute débutante de L2-L3, L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radiculaire, une hernie de Schmorl en formation du plateau supérieur de L3 *versus* hémangiome, et une zygarthrose modérée étagée avec signes inflammatoires en L4-L5 ;

- un rapport d'IRM du rachis cervical effectuée le 21 septembre 2021 par la Dre N.\_\_\_\_\_ qui a relevé que l'assuré présentait des troubles statiques réduisant l'espace du canal spinal sans véritable compression médullaire, une discopathie pluri-étagée sans hernie mais avec léger possible impact sur l'émergence de la racine C5 gauche et les racines de C7, une uncarthrose étagée avec rétrécissement significatif des trous de conjugaison C4-C5 droit, C5-C6 droit et C6-C7 des deux côtés, une discarthrose œdémateuse C5-C6 droite, pouvant également empiéter par continuité sur la racine C6 droite.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 21 octobre 2021), l'OAI a encore requis auprès de la Dre L.\_\_\_\_\_ les rapports de consultation d'urgence au CHUV. Les documents portant sur la période du

15 mai 2020 au 5 avril 2021 ont été produits en mentionnant diverses atteintes bénignes à la santé physique de l'assuré, traitées.

Par décision du 13 décembre 2021, l'OAI a confirmé son projet du 13 août 2021 et nié tout droit à l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

**E.** Par acte du 27 janvier 2022, X.\_\_\_\_\_, représenté par Me David Métille, exerce un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision attaquée et à la condamnation de l'OAI à lui allouer une rente entière d'invalidité au vu d'un taux d'invalidité de 100 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2021, subsidiairement à la réalisation par le Tribunal d'une expertise « sur un plan psychiatrique, respectivement sur un plan pluridisciplinaire, aux fins d'établir les diagnostics avec influence sur le taux de capacité de travail », respectivement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède à une expertise sur un plan psychiatrique, cas échéant pluridisciplinaire. En substance, le recourant fait valoir qu'en raison de « signes objectifs d'une aggravation » de l'état de santé psychique entre la date de la consultation du Dr R.\_\_\_\_\_ en 2018 et les rapports établis par la Dre L.\_\_\_\_\_ depuis décembre 2020, l'OAI devait entrer en matière sur la demande de prestations. Concédant que l'intervention cardiologique du 11 novembre 2020 n'a pas entraîné de complications, le recourant se prévaut d'une évolution négative sur le plan somatique en invoquant une péjoration radiologique de la situation concernant la région cervico-brachiale de manière bilatérale et lombaire depuis 2018. S'estimant être incapable de travailler, même dans le cadre d'une activité adaptée, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai d'un an depuis l'aggravation invoquée de son état de santé, à savoir l'opération datant de novembre 2020. Sous bordereau de pièces joint, le recourant a notamment produit un rapport du 19 janvier 2022 dans lequel la Dre L.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions de Me Métille. Reprenant ses diagnostics précédents en y ajoutant celui de modifications durables de la personnalité, sans précision (F62.9), la psychiatre traitante a notamment relevé que selon son observation et appréciation, les diagnostics de

l'expert psychiatre (le Dr R.\_\_\_\_\_) étaient « très légers » par rapport à l'état actuel de son patient, lequel présentait un « tableau typique pour la dépression et pas seulement une dysthymie ». Elle était par ailleurs d'avis avec l'expert psychiatre que son patient avait probablement présenté un trouble de l'adaptation durant un certain temps à la suite de son infarctus du myocarde en 2015 et puis plusieurs hernies dorsales, mais que depuis un certain temps avec la péjoration de son état général et la perturbation psychique qu'il manifestait, il convenait de retenir des modifications durables de la personnalité, sans précision. Depuis plusieurs problèmes avec sa santé, procédures médicales et difficultés générales dans sa vie au quotidien (à voir dans les anciens rapports de la psychiatre la Dre L.\_\_\_\_\_), il était devenu « différent » selon l'assuré lui-même et son entourage avec le sentiment d'être étranger, différent des autres depuis ces expériences, il se sentait souvent trop menacé sans origine claire, externe, à l'origine d'un état d'hypervigilance permanente et de tension interne ; il avait un sentiment de vide et de perte d'espoir qui n'existait pas avant toutes ces expériences ainsi qu'une attitude d'hostilité envers le monde et évitement des contacts sociaux. De l'avis de la Dre L.\_\_\_\_\_, son patient était incapable à reprendre une activité même adaptée à cause d'une symptomatologie dépressive sévère et tous ses problèmes au niveau de sa santé physique. Son médecin traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_ confirmait à son tour que l'intéressé avait très peu de chances d'intégrer le monde du travail. L'effet de la médication prescrite était bénéfique sur l'état dépressif mais pas suffisante pour augmenter le taux de capacité de travail du recourant « nulle dans ce moment », même dans un travail adapté.

Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 28 janvier 2022, X.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 janvier 2022. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me David Métille lui a été désigné.

Dans sa réponse du 23 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relève que le dernier rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à modifier sa position.

Dans sa réplique du 26 avril 2022, persistant dans ses précédentes conclusions et offres de preuve, le recourant constate que, sous réserve des modifications durables de la personnalité, sans précision (F62.9), les autres diagnostics retenus par la Dre L.\_\_\_\_\_ sont identiques à ceux figurant dans son rapport médical du 13 novembre 2017. Soulignant l'augmentation des angoisses, des fonctions cognitives « qui ont bien diminué » et le niveau de qualité du sommeil « qui a encore baissé d'un cran », le recourant maintient qu'en comparaison avec le rapport d'expertise psychiatrique du Dr R.\_\_\_\_\_, sa psychiatre traitante aurait « clairement démontré l'existence de symptômes laissant apparaître une aggravation effective de l'état de santé sur un plan psychique ».

Dans sa duplique du 16 mai 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a produit un avis SMR du 6 mai 2022, auquel il se rallie, et qui fait le point définitif de la situation suivant :

“Discussion: L'argumentation de l'assuré repose sur l'entretien d'une confusion entre plaintes et signes objectifs, ainsi que sur la citation de diagnostics imprécis ou saugrenus. Le RM [rapport médical] du 31.01.18 mentionne bien déjà un diagnostic F33.2 (et non F32.2 comme mentionné), et le cumul de diagnostics F62.8 et F62.9 n'a pas de sens, tout comme une substitution de l'un par l'autre puisque, quelque qu'en soit l'origine « autres » ou « sans précision », les éventuelles répercussions cliniques seraient similaires et ont déjà été examinées. Dans tous les cas l'appréciation du degré de gravité par la psychiatre traitante est à prendre avec des réserves, puisqu'au final même l'assuré admet que lorsque cette psychiatre allègue un état dépressif sévère, il s'agit objectivement d'une dysthymie. Contrairement à ce qu'affirme l'assuré, si en effet des signes anxieux étaient quasi inobjectivables en 2018, ou tout au plus attribuables à un comportement associé à des traits revendicateurs et projectifs, des plaintes importantes étaient déjà

présentes puisque l'assuré se faisait déjà prescrire un traitement de Lexotanil 6 mg/j. Comme montré par l'instruction médicale conséquente (cf. Avis médical SMR du 15.04.21, Avis médical SMR du 12.08.21, Avis médical SMR du 21.10.21 et Avis médical SMR du 10.12.21), on ne met pas en évidence d'aggravation objective significative sur ce plan. De même, les plaintes du trouble du sommeil étaient déjà présentes en 2018, puisque l'assuré indiquait déjà se réveiller 50 fois par nuit et qu'il se faisait déjà prescrire un traitement Imovane 7.5 mg/j. On voit mal comment le sommeil pourrait être maintenant encore davantage haché par rapport à la situation de 2018 qui a été examinée par un expert. L'allégation d'une augmentation des troubles cognitifs ne repose sur aucun examen valide, et ne peut être rendue plausible par aucune atteinte organique cérébrale, ni péjoration des diagnostics sur le plan psychique. Enfin, la seule augmentation du traitement par Sertraline est anecdotique, n'est vérifiée par aucune mesure de taux plasmatique montrant une élévation concrète du médicament dans l'organisme, et dans tous les cas doit être bien récente, puisque la psychiatre parle encore au conditionnel des effets de cette modification de traitement, alors que ceux-ci doivent pouvoir être appréciés après 1 à 4 semaines. Nous confirmons que la documentation à disposition ne fait pas état d'éléments médicaux objectivement vérifiables rendant suffisamment plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré."

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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.** Le litige a pour objet de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 16 décembre 2020 par comparaison avec l'état de santé constaté par décision entrée en force du 25 avril 2019.

**3. a)** 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). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée en décembre 2020 et un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance au mois de novembre 2021, à savoir un an après l'aggravation alléguée qui a débuté avec une réintervention cardiologique en novembre 2020. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui s'appliquent.

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les

mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3.1 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles, et, si tel n'est pas le cas, liquider l'affaire d'entrée de cause sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

**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 de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière (TF 9C\_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 3).

**c)** Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son

invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « 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 et 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, p. 840 s.).

**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).

**e)** On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit constitue le point de départ temporel pour

l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la quatrième demande de prestations déposée par le recourant le 16 décembre 2020. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports des médecins consultés par le recourant établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la décision de refus du 25 avril 2019 entrée en force, conformément aux principes rappelés ci-dessus (cf. consid. 4c supra).

A l'époque du refus de prester du 25 avril 2019, l'OAI s'était basé sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) du 11 décembre 2018 du D.\_\_\_\_\_. Posant les diagnostics de cardiopathie ischémique avec infarctus NSTEMI subaigu sur maladie coronarienne mono-tronculaire avec occlusion de l'IVA moyenne le 23 décembre 2014, mise en place d'un stent actif sur l'IVA (23 décembre 2014), hypertension artérielle connue et traitée depuis décembre 2014, hypercholestérolémie traitée depuis décembre 2014, obésité grade I, balance lichénoïde traitée depuis 2017, cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, discopathies étagées de C3-C4 à C6-C7, lombosciatalgies gauches chroniques irritatives, non déficitaires, de topographie L5-S1, sur troubles dégénératifs, dysthymie (F 34.1) et trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23), les experts ont évalué de manière unanime la capacité de travail de l'assuré à 100 %, avec une diminution de rendement de 15 % en raison de lésions dégénératives marquées touchant tant la colonne cervicale que lombaire entraînant des douleurs chroniques depuis 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir un emploi permettant de petites pauses pour pouvoir pratiquer des étirements et évitant les efforts physiques soutenus, les déplacements sur de longues distances, la position statique assis ou debout prolongée au-delà de trente à quarante-cinq minutes, la position prolongée ou le mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical respectivement lombaire en flexion, extension,

rotation, inclinaison de la nuque respectivement du tronc, sans position de travail agenouillé, ni sur échelle ou échafaudage, sans port itératif de charges supérieures à cinq-dix kilos, sans travail avec les bras levés en hauteur et avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence et autorisant les changements de positions.

**b)** A titre préalable, il convient de préciser que s'agissant des rapports de la Dre L.\_\_\_\_\_ établis entre avril 2021 et janvier 2022, les documents établis après le 13 décembre 2021, à savoir postérieurs à la date de la décision litigieuse, doivent être écartés d'emblée dans le cadre de la présente procédure, singulièrement le rapport du 19 janvier 2022 dont le recourant se prévaut (cf. consid. 4d supra).

**c)** S'agissant de la problématique psychiatrique, la Dre L.\_\_\_\_\_ a uniquement attesté dans ses rapports des 8 et 20 avril 2021 d'une peur de son patient pour sa santé (attaques de panique) et d'une « angoisse envahissant[e] accompagné[e] avec palpitations, transpiration, tremblement » en augmentation depuis la dernière intervention cardiaque en novembre 2020, ayant nécessité des consultations aux Urgences du CHUV. La péjoration rapportée repose essentiellement sur le ressenti exposé par le recourant, lequel décrivait une labilité émotionnelle, une impulsivité, une nervosité et un sommeil haché, et ne ressort pas d'une atteinte objectivable et surtout durable à quelques mois de la nouvelle opération (coronarographie et angioplastie de l'IVA III) réalisée le 11 novembre 2020 par le Dr E.\_\_\_\_\_.

Aucun document de la Dre L.\_\_\_\_\_ ne rend plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, il convient de constater tout d'abord que les plaintes qui y sont rapportées ont déjà été évoquées et dûment prises en compte dans le cadre de l'expertise de décembre 2018. De plus, les rapports susmentionnés se fondent essentiellement sur les dires du recourant, sans que ces derniers aient été mis en perspective avec des éléments objectifs. A cet égard, interrogée par l'OAI le 8 avril 2021, la Dre L.\_\_\_\_\_ se fonde sur le même tableau clinique et les mêmes plaintes de l'assuré qu'elle attestait dans ses

rapports des 13 novembre 2017 du 31 janvier 2018 (à savoir, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, des troubles spécifiques de la personnalité, trouble paranoïaque, et une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif ainsi que d'autres modifications de la personnalité), ce que le recourant met lui-même en évidence dans sa réplique du 26 avril 2022, et que l'expert psychiatre décrit aussi en partie lors de l'expertise de décembre 2018 (volet psychiatrique de l'expertise, pp. 17 - 18) en retenant les diagnostics non incapacitants de dysthymie (F34.1) et trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23).

Dans ses avis des 8 et 20 avril 2021, la Dre L. \_\_\_\_\_ ne parle que d'une absence d'amélioration de l'état de santé global de son patient, en référence aux événements cardiaques mais sur le plan psychiatrique, elle dresse le même état de santé (pas d'amélioration ni de péjoration) et ne fait en définitive que substituer, pour un même état de fait, son propre avis, à savoir une capacité de travail nulle de son patient en toute activité, à celui retenu en 2018 par l'expert psychiatre, mais n'a pas établi d'arrêts de travail, renvoyant à ce sujet au médecin traitant généraliste et au cardiologue.

En ce qui concerne les « signes objectifs d'une aggravation » allégués par le recourant entre la date de la consultation de l'expert (le Dr R. \_\_\_\_\_) et les rapports établis par la Dre L. \_\_\_\_\_ dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, il convient de relever, s'agissant du sommeil, que l'expert psychiatre (volet psychiatrique de l'expertise, p. 11) rapportant les propos de l'assuré écrivait en 2018 : « Il ne dort pas bien malgré le fait qu'il prend de l'Imovane depuis sept mois. Il dit se réveiller cinquante fois durant la nuit, il a un sommeil agité, il se tourne tout le temps ». Avec le SMR, on voit mal comment une telle situation peut s'aggraver, à tout le moins la Dre L. \_\_\_\_\_ n'étaye pas cette affirmation en avril 2021 en se limitant à rapporter les dires de son patient qui évoque plusieurs réveils par nuit. De manière plus générale, il convient d'observer qu'en 2018 les experts ont exposé que la dysthymie, associée à un trouble de l'adaptation, consistait en une atteinte à la santé dont « la gravité

globale reste légère » et que « la fatigue reste légère avec une discrète atteinte de l'endurance. Il n'y a pas de troubles cognitifs objectivés. Il n'y a pas d'atteinte psychique qui serait source d'une diminution durable (même si l'on note de la colère il arrive rapidement à se contrôler) de la capacité de jugement, de perturbation de la prise de décision ou de respecter un cadre de travail ». Aussi, on voit mal, chez l'assuré qu'une telle atteinte à la santé puisse avoir d'autres répercussions que celles déjà retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire du D.\_\_\_\_\_, cela d'autant plus au vu l'absence de péjoration rendue plausible de l'état de santé jusqu'au jour de la décision attaquée.

La Dre L.\_\_\_\_\_ ne dit pas autre chose dans son rapport du 4 décembre 2020, ni dans celui du 30 août 2021, où elle fait part d'une dégradation ou aggravation au plan somatique ou général. Or en décembre 2018, les experts ont retenu une limitation de la capacité d'interagir avec autrui ainsi que des capacités adaptatives limitées par le niveau d'éducation et le fait que l'assuré se trouvait dans une situation de crise personnelle avec une émotivité accentuée (volet consensuel de l'expertise, p. 6). La Dre L.\_\_\_\_\_ termine en disant qu'il n'y a pas d'amélioration et ainsi ne dit pas clairement qu'il y aurait une dégradation ou aggravation au plan psychiatrique à tout le moins.

Enfin, dans son rapport du 19 janvier 2022, autant qu'il peut être pris en considération, la Dre L.\_\_\_\_\_ reconnaît que les diagnostics retenus par les experts sont « très légers » par rapport à son appréciation et ne fait ainsi nullement état d'une péjoration objective ni en intensité ni en termes de nouveaux diagnostics. Elle observe du reste que son patient « est suivi par [s]es soins depuis le 21 septembre 2017 et il a été déjà incapable à travailler selon son médecin traitant avant [le] début de son suivi psychiatrique ». Dans ces conditions, tout au plus seule une absence d'amélioration de l'état de santé global du recourant mais en tous les cas pas une péjoration est décrite par la psychiatre traitante dans ses rapports.

Les avis successifs de la Dre L.\_\_\_\_\_ ne rendent pas plausible une modification de la situation psychique du recourant entre sa troisième et sa quatrième demande de prestations.

**d)** Sous l'angle somatique, les IRM cervicales, dès 2018, mettent en évidence des troubles dégénératifs (à savoir, des discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées, prédominant entre les vertèbres C4-C5 et C6-C7, à l'origine d'une sténose des trous de conjugaison C3-C4 gauche, C4-C5, C5-C6, C6-C7 bilatéralement et une possible irritation des racines nerveuses correspondantes dans leur trajet intra-foraminal ; cf. rapport d'IRM cervicale et de la colonne cervicale du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2018), de sorte qu'une amélioration ne saurait intervenir par nature. Les dernières IRM, singulièrement celles du 21 septembre 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_ ne font pas état d'une dégradation significative en mettant en évidence l'absence de hernie discale, une discopathie toute débutante de L2-L3, L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radulaire, une hernie de Schmorl en formation du plateau supérieur de L3 versus hémangiome, et une zygarthrose modérée étagée avec signes inflammatoires en L4-L5.

Sur le plan neurologique, malgré l'allégation par la Dre T.\_\_\_\_\_ dans son rapport de consultation du 17 mai 2021 de symptômes nettement plus importants depuis novembre 2020, il reste qu'une augmentation des troubles cognitifs du recourant n'est pas établie sur la base d'une quelconque atteinte organique cérébrale (une IRM cérébrale de 2018 ne met pas en évidence de lésion particulière), ni péjoration des diagnostics sur le plan psychique comme on l'a vu ci-dessus.

Quant au plan cardiologique, dans son acte de recours du 27 janvier 2022 le recourant admet que la nouvelle opération n'a pas entraîné de complications. Il ressort d'un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 8 février 2021 qu'en dépit de la réintervention en novembre 2020, la capacité de travail de l'assuré, sur le plan cardiologique, devait « avoir été récupérée à 100 % », en sorte que ce dernier ne saurait, à juste titre, justifier une aggravation durable de son état de santé de ce fait.

Pour le reste, le rapport du Service de dermatologie du CHUV du 4 janvier 2021 mentionne le diagnostic de dermatite de l'interface avec nombreuses nécroses kératinocytaires isolées. Etant entendu qu'en dermatologie clinique, la dermatite est utilisée pour décrire une variété de pathologies cutanées différentes qui partagent le même schéma de réaction inflammatoire avec des manifestations cliniques similaires, ce rapport ne permet pas à lui seul de retenir que le recourant présenterait une inflammation de la peau, laquelle peut également être causée par des troubles cutanés non dermatologiques. En tout état de cause, ce seul document ne justifie pas d'investiguer une éventuelle atteinte dermatologique incapacitante et durable. Le recourant ne s'en prévaut d'ailleurs pas.

Quant au certificat du 26 août 2021 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, lequel atteste d'une capacité de travail nulle de son patient dans tout métier, ce document est à prendre avec des réserves. Ce médecin se limite à rappeler les diagnostics présentés par son patient sur le plan somatique et qu'il fait face à un tableau douloureux récurrent avec blocages fréquents, générant des troubles du sommeil sévères et une asthénie marquée. Il indique qu'un nouveau bilan radiologique devait être réalisé prochainement, examen qui, comme on l'a vu ci-avant, n'a pas rendu plausible une dégradation significative depuis les images précédentes datant de 2018. Concernant l'aspect psychiatrique, le Dr I.\_\_\_\_\_ renvoie auprès de la psychiatre traitante dont les avis successifs ne rendent pas non plus plausible une péjoration de la situation du recourant sur cet axe depuis le précédent refus de prestations. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

**e)** Ainsi, le recourant n'apporte aucun élément objectif vérifiable, notamment de nature clinique ou diagnostic, qui serait nouveau

par rapport à ce qui a été retenu dans l'expertise pluridisciplinaire du D. \_\_\_\_\_ de décembre 2018 et qui aurait été ignoré par le SMR, justifiant de s'écarter de ses conclusions.

**f)** En définitive, la situation médicale du recourant est largement superposable à celle prévalant au moment de l'expertise pluridisciplinaire du D. \_\_\_\_\_ en décembre 2018. On ne peut donc que confirmer l'appréciation du SMR (cf. avis du 6 mai 2022) selon laquelle les rapports produits par le recourant dans le cadre de sa quatrième demande de prestations du 16 décembre 2020 ne rendent pas plausible une péjoration de son état de santé global (somatique et psychiatrique) depuis la décision entrée en force du 25 avril 2019. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas établi de façon plausible une modification de la situation propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise d'ordre psychiatrique, respectivement pluridisciplinaire, laquelle sort manifestement du cadre défini par l'art. 87 al. 3 RAI. Un tel constat s'impose *a fortiori* en ce qui concerne le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances sociales est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Le requérant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 28 janvier 2022) et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 30 août 2023 par Me Métille, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'680 fr. 10, débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En effet, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour de céans dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste faite mention de quelques démarches antérieures à la date à laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (27 janvier 2022), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure.

**e)** Le requérant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 13 décembre 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 du recourant et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 2'680 fr. 10 (deux mille six cent huitante francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :