

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a déposé une première demande de prestations le 24 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a fait état d'une atteinte au genou et à la cheville gauches, consécutive à un accident survenu le 23 février 2001 dans le cadre de son emploi de manœuvre auprès de la société C. _____ SA.

Par décision du 30 septembre 2003, confirmée sur opposition le 13 août 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de manœuvre dès le 27 août 2001.

Par jugement du 9 août 2005 (AI 93/04 - 133/2005), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'OAI.

b) Le 16 décembre 2005, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir un état anxiodépressif réactionnel avec somatisation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertise médicale D. _____ (ci-après : le D. _____) comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Dans leur rapport du 15 juin 2007, les Drs F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ont conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans l'activité habituelle de manœuvre sur les chantiers, en l'absence de limitation psychique ainsi que de toute pathologie somatique susceptible de réduire de façon significative et durable dite capacité.

Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, dans la mesure où il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante tant physique que psychique justifiant une incapacité de travail.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 28 janvier 2010 (AI 424/08 - 41/2010).

c) Le 15 mai 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une aggravation de son état de santé physique et psychique depuis l'année 2007.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'OAI a diligenté une seconde expertise auprès du D._____ comportant des examens de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 18 juin 2013, les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et ont conclu à l'absence de limitation tant sur le plan psychique que physique. Selon ces médecins, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle.

Considérant que la situation médicale de l'assuré était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise réalisée en 2007 et qu'il ne présentait ainsi aucune aggravation durable de son état de santé, l'OAI a, par décision du 10 octobre 2013, dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Le 9 septembre 2015, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a sollicité le réexamen de sa situation médicale à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes douloureux.

Fort des documents produits par l'assuré dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations, notamment d'un rapport du 2 novembre 2015 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2016, refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, celui-ci n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 10 octobre 2013.

Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud le 17 juillet 2017 (AI 233/16 - 201/2017).

e) Le 16 janvier 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles mixtes de la personnalité et d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2016.

En annexe à sa demande, l'assuré a produit un rapport du 5 décembre 2016 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel ce médecin a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a en outre indiqué que les troubles psychiatriques de l'assuré s'étaient aggravés depuis l'année 2015.

Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modification plausible de sa situation professionnelle ou médicale.

f) Le 16 novembre 2018, l'assuré, toujours sous la plume de Me Jean-Michel Duc, a déposé une sixième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2017, au point de nécessiter une hospitalisation psychiatrique dès le 4 novembre 2018. A l'appui de cette nouvelle demande, l'assuré a

produit un rapport du 5 novembre 2018 établi par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel confirmait son hospitalisation au sein de l'Hôpital psychiatrique [...], afin de le mettre à l'abri d'idées suicidaires. Ce praticien qualifiait le pronostic de très réservé. L'obtention d'une rente équivalait, selon lui, à la reconnaissance de la maladie, ce qui permettrait à son patient de « relever la tête, de se sentir compris et revalorisé à sa juste mesure » et favoriserait une potentielle amélioration de son état de santé psychique. Il s'agissait par ailleurs de revoir la médication de l'assuré et de l'encourager à avoir des activités en atelier, ainsi qu'à entreprendre des démarches de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'assuré a également transmis à l'OAI un rapport du 27 février 2019 adressé à son conseil, dans lequel la Dre M._____, médecin et cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité et d'hypertension artérielle. Elle a relevé que le trouble de la personnalité et l'hypertension pouvaient être compensés sous traitement et que le trouble dépressif était une pathologie curable mais qui pouvait présenter des évolutions chroniques. Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale durant l'hospitalisation du 4 au 16 novembre 2018, l'assuré ayant notamment présenté de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la fatigabilité, des difficultés à maintenir l'attention et la concentration, des difficultés dans la gestion du stress ainsi que des idées suicidaires non quotidiennes.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport du 4 juin 2019 du Dr N._____, aux termes duquel ce médecin relevait une péjoration des troubles psychiatriques depuis les précédentes demandes déposées auprès de l'OAI, ce qui avait conduit à une hospitalisation en milieu psychiatrique du 4 au 16 novembre 2018. Ce médecin a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que toute réhabilitation était exclue.

Par décision du 10 juillet 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

A l'appui du recours interjeté contre cette décision, l'assuré a adressé un rapport du 4 septembre 2019 du Dr P._____, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics d'état anxiodépressif sévère avec idées suicidaires scénarisées, d'invalidité physique incompatible avec l'exercice de la profession de maçon et de douleurs dorsolombaires, nucales et aux genoux. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré et une capacité de travail de 10 à 20 % dans une activité adaptée.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 10 juillet 2019 dans un arrêt du 28 mai 2020 (AI 303/19 - 166/2020).

Par ordonnance du 6 octobre 2020, la Juge unique de la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a radié du rôle, par suite de retrait, le recours interjeté le 8 juillet 2020 par l'assuré contre l'arrêt cantonal du 28 mai 2020 (TF 9C_449/2020).

g) Dans l'intervalle, le 14 juin 2019, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité faisant valoir que d'importantes atteintes psychiatriques l'empêchaient de vivre de manière autonome et engendraient un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans le formulaire complété le 10 juillet 2019, il a indiqué avoir besoin de l'aide d'autrui pour « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette », ainsi que pour « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il a ajouté nécessiter depuis plusieurs années, en raison de ses ennuis de santé, un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, des soins permanents et une surveillance personnelle permanente de ses proches (son épouse et sa fille).

Des renseignements médicaux ont été requis auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le Dr N._____. Dans un rapport médical du 26 avril 2020, celui-ci a indiqué que l'assuré demeurait capable d'accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher » et « faire sa toilette », tout en confirmant l'impossibilité d'entretenir des contacts sociaux sans l'initiative de l'entourage, si bien que son épouse l'accompagnait toujours dans ses déplacements. Les proches étaient également contraints de rappeler à l'assuré ce qu'il devait faire, notamment sa prise de médicaments, et se charger à sa place des tâches administratives. Dans ces circonstances, le Dr N._____ a confirmé le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que de soins permanents et d'une surveillance personnelle.

Le 23 juin 2020, l'assuré a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé, indiquant qu'il transmettrait ultérieurement de nouveaux rapports médicaux.

A l'issue d'une évaluation de l'impotence à domicile le 8 juillet 2020 et après consultation du Service médical régional (SMR), l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande d'allocation pour impotent dans un projet de décision du 27 juillet 2020.

Le 25 novembre 2020, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport médical relatant une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en ce sens que ce dernier présentait, depuis sa prise en charge en juin 2020, un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un trouble de la personnalité de type borderline. Le spécialiste dispensait des « soins intenses » dans le but de ralentir une évolution déficitaire du trouble de la personnalité et de la dépression. Il estimait que son patient était totalement inapte au travail du point de vue psychologique.

Par décision du 28 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré. Il a considéré que celui-ci n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins

deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'un accompagnement de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

Statuant sur le recours déposé par l'assuré le 26 février 2021 contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 1^{er} novembre 2021 (AI 74/21 - 334/2021).

Cet arrêt a été annulé par le Tribunal fédéral le 15 juin 2022, à la suite du recours en matière de droit public interjeté par l'assuré, au motif que la question du droit à une allocation pour impotent ne pouvait être tranchée sans connaître l'issue de sa nouvelle demande de prestations (annonce d'aggravation du 23 juin 2020). La cause a dès lors été renvoyée à la juridiction cantonale afin qu'elle suspende la procédure en matière d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (TF 9C_640/2021).

h) Le 14 juillet 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un formulaire officiel de demande de prestations, en lui impartissant un délai pour le compléter et le retourner accompagné de toutes pièces utiles. Cas échéant, il indiquait que la date du dépôt de la nouvelle demande serait fixée au 30 novembre 2020 (date de la réception du rapport du Dr R._____). Sans nouvelles de l'assuré dans le délai imparti, son dossier serait « classé sans suite ».

Par pli du 12 août 2021, l'assuré a transmis le formulaire officiel complété à l'OAI, mentionnant des pathologies psychiatriques responsables d'hallucinations et d'une vision paranoïde.

Dans un rapport du 14 septembre 2019, le Dr L._____ a mentionné les diagnostics incapacitants de troubles dépressifs depuis environ quinze ans, de colonne lombaire dégénérative et de gonarthrose depuis environ cinq ans. L'assuré présentait des lombosciatalgies droites à répétition, des gonalgies et des somatisations multiples dans le contexte

de troubles dépressifs. Il bénéficiait d'infiltrations, de traitements antalgiques et d'un suivi psychiatrique. Etaient annexés des rapports d'imagerie rédigés en 2020 et 2021, ainsi que des rapports du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier Q._____ des 27 février 2020 et 11 mars 2021, où l'assuré était pris en charge pour un trouble respiratoire au cours du sommeil (apnées-hypopnées). Il disposait d'un traitement par pression positive (CPAP), lequel s'avérait efficace.

Le Dr Centre hospitalier Q._____ a fait parvenir un rapport, à la demande de l'OAI, le 30 novembre 2021, dans lequel il a réitéré les diagnostics précédemment posés et signalé que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis 2004. Il précisait assumer son suivi psychiatrique à raison d'une séance toutes les quatre à six semaines, une intensification des séances s'étant avérée sans bénéfice clinique. L'assuré luttait « pour sa survie », de sorte qu'aucune réinsertion n'était, à son avis, d'actualité. Il qualifiait la situation de « dramatique » d'un point de vue psychosocial en présence d'un assuré pris en charge intégralement par les membres de sa famille.

Le Centre hospitalier Q._____, dans un rapport du 14 janvier 2022, a indiqué suivre l'assuré pour le trouble respiratoire nocturne depuis juillet 2019, lequel n'occasionnait aucune incapacité de travail.

Par avis du 4 février 2022, le SMR a considéré que le dossier ne contenait aucun élément médical nouveau mettant en évidence une aggravation durablement incapacitante de l'état de santé de l'assuré par rapport aux précédentes demandes.

Par projet de décision du 17 mars 2022 (annulant et remplaçant un projet de décision de refus d'entrer en matière du 11 février 2022), l'OAI a signalé à l'assuré qu'il envisageait de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente, en l'absence d'aggravation de l'état de santé susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail.

L'assuré a contesté ce projet de décision par correspondance du 11 avril 2022, concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Il a, préliminairement, fait grief à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendu, en ce sens que le projet de décision lui semblait insuffisamment motivé. Il a également contesté la date du 30 novembre 2020, prise en compte au titre de date du dépôt de la nouvelle demande de prestations, rappelant avoir signalé une aggravation de son état de santé dans un pli du 23 juin 2020, à son avis, déterminant. Au surplus, il s'est prévalu des différents rapports établis par ses psychiatres traitants depuis 2013. Il a enfin sollicité la prise en charge des frais du rapport rédigé par le Dr R. _____ le 25 novembre 2020, à concurrence de 1'960 francs.

Le SMR a maintenu sa position dans un avis du 2 mai 2022, de sorte que l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 17 mars 2022 dans une décision du 23 mai 2022.

B. B. _____, toujours assisté de Me Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 juin 2022. Il s'est prévalu, préliminairement, d'une violation de son droit d'être entendu, dans le sens d'une motivation insuffisante de la décision querellée. Sur le fond, il a fait grief à l'OAI d'avoir retenu le 30 novembre 2020, en lieu et place du 23 juin 2020, au titre de date déterminante pour le dépôt de sa nouvelle demande de prestations. Il a par ailleurs souligné que la précédente décision au fond, établie le 10 octobre 2013, reposait sur le rapport d'expertise du D. _____ du 18 juin 2013, lequel ne prenait en compte aucune limitation fonctionnelle tant sur le plan psychique que physique. Depuis lors, les Drs N. _____ et R. _____ avaient, selon l'assuré, mis en évidence une aggravation significative de son état de santé psychique et une incapacité totale de travail dans toutes activités. Il a, par ailleurs, requis que l'OAI prenne en charge les frais d'établissement du rapport médical du Dr R. _____ du 25 novembre 2020 à hauteur de 1'960 francs. Il a en définitive conclu, principalement, à la réforme de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2020,

subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a répondu au recours le 7 septembre 2022 et conclu à son rejet. Il a rappelé avoir transmis l'ensemble des documents justifiant la décision du 23 mai 2022, dont les avis du SMR, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir violé le droit d'être entendu de l'assuré. Le rapport du Dr R. _____ du 25 novembre 2020 n'avait, selon l'OAI, pas apporté de constatations déterminantes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de lui imputer les frais correspondants. La date du dépôt de la demande de révision de l'assuré avait fait l'objet d'un avis de son service juridique du 7 juillet 2021, auquel il était renvoyé. Enfin, l'OAI considérait ne pas avoir de raisons de modifier sa position telle que ressortant de la décision incriminée.

Par réplique du 16 septembre 2022, l'assuré a maintenu ses conclusions et l'ensemble de ses griefs.

L'OAI, dupliquant le 6 octobre 2022, a confirmé son point de vue.

Dans une détermination du 21 octobre 2022, l'assuré a réitéré que la date du 23 juin 2020 devait être considérée comme la date déterminante pour le dépôt de sa nouvelle demande de prestations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, il convient d'observer que les termes de la décision litigieuse - certes succincte - permettent néanmoins de comprendre les motifs matériels pour lesquels l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant (absence d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité). Le recourant a d'ailleurs été parfaitement en mesure d'en saisir la portée et de l'attaquer en temps utile auprès de la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen.

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente entière.

4. a) 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).

b) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 23 mai 2022. Elle porte sur une demande de révision formulée par le recourant dans le courant de l'année 2020, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé psychique depuis la précédente expertise réalisée au D. _____ en 2013. Il se fonde en particulier sur le rapport du Dr R. _____ du 25 novembre 2020, ainsi que sur les rapports précédemment communiqués par les Drs N. _____ et P. _____ en 2016 et 2019. Dans la mesure où tous les éléments déterminants de l'état de fait sont antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. a) Sur le plan somatique, les experts du D._____ avaient retenu, dans leur rapport du 18 juin 2013, les diagnostics non-incapacitants de status après entorse de la cheville et du genou gauches, ainsi que de lombalgie commune sur discopathies lombaires débutantes, sans hernie discale. Les experts précisaient ce qui suit :

[...] Sur le plan rhumatologique, la présente expertise n'a pu que constater comme d'autres l'ont fait, une dissociation nette entre l'importance des plaintes et les constatations objectives. A l'examen clinique, l'absence de collaboration est marquée par des soupirs,

défenses et esquives (par contre, l'assuré n'a jamais fait preuve d'agressivité). On peut retenir une amplification des symptômes, car les amplitudes articulaires sont retenues, les signes de non-organicité de Waddell et Hoover sont tous présents, les douleurs périphériques ne sont ni stables, ni reproductibles. Ces dernières, qui occupent la charnière lombo-sacrée gauche avec une irradiation sur la face interne du genou, ne correspondent pas à une entité nosologique classique. Elles s'accompagnent d'une diminution de la force des extenseurs des orteils et du pied, mais la marche sur les talons est bien exécutée alors que celle sur la pointe des pieds est impossible. L'imagerie n'apporte pas d'éléments permettant d'expliquer à la fois l'étendue des douleurs et leur intensité, l'anomalie transitionnelle et la spina bifida occulta sont des particularités souvent rencontrées qui ne peuvent être responsables d'une clinique tapageuse.

L'examen des articulations irait dans le sens d'une limitation fonctionnelle, puisque les mesures des amplitudes articulaires sont faibles, mais c'est une clinique d'instabilité qui nous est racontée par des lâchages et des pertes d'équilibre. Anatomiquement, à la simple inspection, toutes ces articulations paraissent normales, elles ne sont le siège, ni de tuméfaction, ni de déformation, ni d'épanchement. En conséquence, ces déficits d'amplitudes sont plutôt consécutifs à des retenues non organiques qu'à des limitations anatomiques. Par ailleurs, on constate que la trophicité musculaire est conservée. Après tant d'années de limitations du genou et de la cheville gauches, une hypotrophie des muscles du MIG [réf. : membre inférieur gauche] aurait inmanquablement dû se produire. De plus, il n'existe aucune lésion objectivable aux radiographies des genoux et des chevilles.

Par rapport à l'expertise de 2007, rien de fondamental ne s'est produit, hormis une transposition antérieure du cubital au pli du coude gauche, qui s'est d'ailleurs soldée par une guérison complète.

En conclusion, Monsieur B._____ ne souffre d'aucune condition morbide susceptible de réduire de façon significative et durable sa capacité de travail. [...]

b) Dans le cadre de la présente procédure, le recourant n'allègue aucune aggravation de son état de santé somatique. Cela étant, on observe que son médecin généraliste traitant, le Dr L._____, a complété un rapport le 14 septembre 2021 à l'attention de l'OAI, dans lequel il mentionnait les diagnostics de colonne lombaire dégénérative et de gonarthrose depuis environ cinq ans et auquel étaient annexés deux rapports d'IRM, l'un du genou droit du 25 juin 2020 et l'autre de la colonne lombaire du 8 juin 2021. S'agissant de l'IRM du genou droit, elle faisait état d'une chondropathie focale de grade II du condyle fémoral et d'une chondropathie de grade III de la gorge de la trochlée. Quant à l'IRM lombaire, elle faisait état d'une arthrose facettaire L5-S1 sans hernie discale, pour laquelle le recourant faisait l'objet d'infiltrations.

c) On peut d'emblée observer que la problématique lombaire mise en évidence à l'IRM du 8 juin 2021 apparaît superposable aux constats rapportés en leur temps par les experts du D._____. Quant à la problématique dégénérative du genou, on peut retenir que cet aspect est en l'état insuffisant pour justifier de s'écarter de l'appréciation de l'intimé, selon laquelle le recourant ne rencontre pas de pathologie susceptible d'expliquer une incapacité de travail de longue durée.

d) Il s'agit également d'écarter toute pathologie de médecine interne qui se répercuterait durablement sur la capacité de travail du recourant. Le Centre hospitalier Q._____ a en effet clairement exclu toute incapacité de travail consécutive au trouble respiratoire nocturne appareillé avec succès auprès du recourant (cf. rapport du Centre hospitalier Q._____ du 14 janvier 2022).

e) En définitive, il y a lieu d'exclure une dégradation sensible de l'état de santé du recourant sur le plan somatique depuis la précédente décision de l'intimé du 10 juin 2013.

8. a) Sur le plan psychiatrique, les experts du D._____ avaient conclu, dans leur rapport du 18 juin 2013, à une dysthymie (depuis 2004) et à un syndrome somatoforme douloureux (depuis environ 2003), sans incidence en termes de capacité de travail. Ils avaient motivé leur appréciation du cas comme suit :

[...] Monsieur B._____ se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse : tristesse, irritabilité, anhédonie, repli social, troubles du sommeil, estime de soi basse, troubles de la concentration et de la mémoire, idées suicidaires ; il décrit également de fortes crises d'angoisses survenant de une fois par mois à une fois par semaine. En ce qui concerne sa personnalité, il ne décrit pas de traits pathologiques avant 2001. Depuis l'apparition des douleurs chroniques il est devenu irritable, s'est replié et a perdu confiance. Nous ne retrouvons pas de manière évidente de traits de personnalité émotionnellement labile dans son anamnèse. La description des activités quotidiennes montre qu'il est plutôt inactif et replié socialement. L'observation montre un homme nerveux, irritable, révolté, démonstratif, plutôt méfiant envers l'examineur. Il semble avoir oublié des dates importantes de sa vie (mariage, décès de sa mère), il est fixé sur ses douleurs chroniques et ses difficultés psychiques. Il n'est pas ralenti, ni agité, il n'existe pas d'autres troubles cognitifs.

[...]

Dans l'ensemble, notre évaluation est superposable à celle du Dr F. _____ du 15 juin 2007. L'examen psychiatrique n'objective aucune limitation fonctionnelle, si ce n'est une irritabilité qui pourrait éventuellement se révéler problématique dans les contacts avec des collègues, patrons ou clients.

Nous retenons en partie les mêmes diagnostics que le précédent expert psychiatre, à savoir une dysthymie depuis 2004. Nous optons par contre pour un syndrome douloureux somatoforme persistant plutôt qu'une majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. Ce syndrome survient dans le contexte d'une probable personnalité frustrée, d'une scolarisation limitée, d'un manque de formation et d'une situation financière précaire (son épouse ne travaille pas et n'a pas de formation). Il s'agit d'un expertisé aux capacités d'ajustement limitées. La souffrance et les répercussions sur sa vie semblent manifestes.

Son côté nerveux et irritable pourrait être interprété de diverses façons, comme une réaction au syndrome douloureux chronique, comme faisant partie de sa dysthymie, voire comme des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

Il n'y a pas d'état psychique cristallisé, si ce n'est une certaine fixation sur les douleurs. L'expertisé est pris en charge tant par une psychothérapie que par une médication psychotrope sans que cela améliore cependant son état, mais la capacité d'adhérer à ce type de traitement (psychothérapie) est également fonction du background culturel et éducatif. Il est de plus en plus isolé socialement par sa réaction de nervosité et d'irritabilité qui rendent difficiles les contacts sociaux, mais globalement on ne peut pas évoquer une perte de l'intégration sociale, il a une famille, un ami, va à la Mosquée. Il n'y a pas d'autres comorbidités psychiatriques considérées comme pouvant être incapacitantes.

Du point de vue psychiatrique, nous concluons à une capacité de travail complète. [...]

b) A l'appui de son recours, le recourant se prévaut en particulier du rapport établi le 25 novembre 2020 par le Dr R. _____, libellé notamment en ces termes :

Suite à une aggravation de son état de santé, M. B. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. À noter qu'une précédente demande a été rejetée le 10 octobre 2013 par l'Office AI, sur la base d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire du D. _____ de [...], concluant à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans la profession habituelle de manœuvre de la construction. Or, M. B. _____ n'a été vu qu'une seule fois alors que selon la pratique l'évaluation se fait en général sur plusieurs entretiens. Au vu de la souffrance extrême du patient d'un point de vue psychologique et en me basant uniquement sur une évaluation psychiatrique dans le cadre d'un traitement de type TPPI (traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré) à une fréquence de trois entretiens par mois, je me permets de vous faire part de mes observations et conclusions. M. B. _____ se rend à ma consultation régulièrement depuis le 29 juin 2020.

[...]

Anamnèse Psychiatrique : M. B._____ a bénéficié d'un traitement de type TPPI à la consultation du Dr N._____ à [...] (psychiatre, pédopsychiatre FMH) de 2004 à 2020 avec en parallèle, un suivi d'une année avec le Dr P._____ à [...] (psychiatre-psychothérapeute). Il a été hospitalisé en milieu spécialisé en psychiatrie au [...] à [...] en 2018. Cette hospitalisation a été très mal vécue par le patient qui se sentait encore plus mal à sa sortie. À noter que le patient présente les critères d'hospitalisation en mode PLAFa en continu car il verbalise constamment des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous un train ou une voiture). Il ne passe pas à l'acte car il a promis à ses filles de ne pas le faire.

Status : Patient de 58 ans faisant un peu plus que son âge. Il est calme pour la plupart du temps et collaborant. Il s'exprime dans un français simple mais compréhensible. Il se déplace difficilement en semblant souffrir et soupire profondément, probablement de douleurs. La thymie est sous un mode dépressif. Il est ralenti psychiquement avec un faciès figé, hypomimique excepté à de rares occasions où il peut exploser subitement et se montrer tendu, agressif lorsque l'on évoque certains sujets comme son fils, son opération du genou ou ses douleurs. Un caractère qui a tendance à agir avec impulsion est donc mis en évidence. Il n'a pas de capacité d'anticipation, associée à une instabilité de l'humeur. Des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous un train ou une voiture) sont verbalisées. Les relations sont soit investies intensément, soit elles sont négligées ou ne sont pas du tout prises en compte (par exemple : son fils avec lequel il est fâché en lien avec des problèmes d'ordre pénal, ne fait plus partie de sa vie ou l'Al car l'Office qui ne peut pas le soulager, n'est pas un organisme qui compte pour le patient). Comme symptômes de la lignée dépressive sont présents : une diminution de la concentration, de l'attention, de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi que des idées de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, des idées suicidaires, une perturbation du sommeil et une prise de poids. Une anhédonie et une perte d'élan vital sont également relevées. Des hallucinations visuelles et auditives (personnes décédées qui lui parlent) et une vision paranoïde du monde sont des éléments psychotiques florides.

Diagnostics :

- 23.02.2001. Status post entorse de la cheville et du genou G [réd. : gauche] - Lombalgie commune sur discopathies lombaires débutantes, sans hernie discale - **dysthymie** (F34.1)
- depuis 2003 - **Autre modification durable de la personnalité** en lien avec des douleurs persistantes (62.8)
- depuis 2004 - **syndrome douloureux somatoforme persistant** (F45.4)
- objectivé à ma consultation depuis le 29.06.2020 (début du suivi - **Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques** (F32.3) et **Tr. de la personnalité de type borderline** (F60.31) (le trouble de la personnalité est probablement antérieur à l'accident du 23.02.2001).

[...]

Discussion : M. B._____ présente un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F23.3) documentés, ainsi qu'un trouble de la personnalité, que je précise en trouble de la personnalité de type borderline (état-limite) (F60.31). Le patient présente une pathologie du caractère grave, que l'on pourrait définir par la tendance à faiblement neutraliser les conflits internes à sa personne et à les produire à l'extérieur, dans le comportement et les actes. Ces sujets se rassemblent et se ressemblent par l'inadaptation à la vie sociale, l'instabilité du comportement, la facilité du passage à l'acte, associé éventuellement à des troubles psychiatriques divers (dépression, excitation, bouffées de délire, perversions sexuelles, toxicomanies). Ces types de « borderline » soulèvent des difficultés souvent considérables du point de vue médico-légal et du point de vue de l'assistance [...]. La description de son trouble de la personnalité est importante car elle explique l'apparition de sa dépression, ses difficultés de traitement (évolution négative avec le temps) et de poser un diagnostic. Dans les suites de son accident vers 2004-2006, l'accent était mis sur la douleur et ses conséquences qui sont certes importantes mais n'ont pas modifié sa personnalité mais l'a mise en lumière. M. B._____ n'est pas une personne qui est devenue dépressive grave en lien avec ses douleurs mais ses douleurs ont mis en évidence son trouble de la personnalité de type borderline qui l'a fait décompenser sous un mode dépressif. À noter que son état dépressif est sévère car il présente constamment des critères pour une hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé et des symptômes psychotiques sous formes d'hallucinations (des personnes défuntes de génération le précédant sont à ses côtés, par exemple, ou la persécution).

Conclusion : M. B._____ reçoit des soins intenses à ma consultation et la visée thérapeutique est de ralentir une évolution déficitaire de son trouble de la personnalité et de sa dépression. Certes, certains ajustements médicamenteux vont être nécessaires mais ils ont comme objectif un soulagement de sa douleur morale et/ou physique et en aucun cas une guérison. Mon patient est donc totalement inapte au travail rien que d'un point de vue psychologique. Il serait donc urgent de reconsidérer sa souffrance et son invalidité chronique d'un point de vue administratif.

c) Quoi qu'en dise le recourant, force est de constater que le status psychiatrique décrit par le Dr R._____ ne diffère pas sensiblement des descriptions fournies par ses précédents psychiatres traitants. En particulier, à l'occasion d'un rapport médical du 13 juin 2012 à l'OAI, le Dr N._____ avait avancé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen à sévère et de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Il avait par ailleurs relevé une perte d'intégration sociale et un état psychique cristallisé, accompagnés d'idées suicidaires. Il faisait part d'un pronostic réservé en dépit des traitements ambulatoire et médicamenteux mis en place par ses soins depuis 2004. Cela étant, ces

éléments étaient connus des spécialistes du D._____ et ont été étudiés à l'issue du rapport d'expertise du 18 juin 2013. Les experts avaient écarté un trouble dépressif, quand bien même le recourant avait fait mention d'éléments de la lignée dépressive. Ils avaient également exclu que le recourant soit atteint d'un trouble de la personnalité, malgré la présence de traits de personnalité de type impulsif, à savoir une nervosité et une irritabilité.

d) On peut en déduire que le Dr R._____ relate une situation psychique superposable à celle décrite par le Dr N._____ depuis sa prise en charge en 2004 et dûment investiguée par les spécialistes du D._____. On observe au surplus que l'évaluation du Dr R._____ apparaît largement sujette à caution, dans la mesure où ce spécialiste a avancé, dans son rapport à l'intimé du 30 novembre 2021, que le recourant présentait une incapacité totale de travail depuis 2004, alors que sa prise en charge a débuté en juin 2020. En outre, on peut s'étonner qu'en dépit de la symptomatologie décrite par ce praticien, le recourant n'ait pas été pris en charge en hôpital psychiatrique (en plus de la brève hospitalisation au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Q._____ du 4 au 16 novembre 2018).

e) Par ailleurs, il s'agit également de relever que les rapports des autres spécialistes en psychiatrie, singulièrement des Drs P._____ et M._____, produits par le recourant postérieurement à l'expertise du D._____, n'ont pas davantage révélé des diagnostics inconnus des experts dudit centre. On observe en effet que le Dr P._____ a évoqué un « état anxiodépressif secondaire à [l']accident » en présence de menaces suicidaires (cf. rapport du 5 novembre 2018). Quant à la Dre M._____, elle a avancé le diagnostic d'un épisode dépressif sévère et un trouble de la personnalité ; elle ne s'est toutefois prononcée en termes de capacité de travail que pour la courte période d'hospitalisation du recourant (du 4 au 16 novembre 2018 ; cf. rapport du 27 février 2019).

f) En définitive, il y a lieu de considérer, sur le plan psychiatrique, que le recourant présente un état de santé globalement

inchangé depuis la précédente décision au fond du 10 juin 2013, alors que les diagnostics avancés par ses différents psychiatres traitants ont été écartés à l'issue de deux expertises réalisées au sein du D._____. On peut ainsi conclure que l'appréciation du Dr R._____ ne constitue qu'une appréciation divergente d'une situation demeurée pour l'essentiel sans changement significatif.

g) Il s'ensuit que l'intimé était légitimé à rendre la décision litigieuse et à nier le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

9. Quand bien même la question de la date déterminante de la nouvelle demande de prestations du recourant demeure sans incidence sur l'issue du litige vu ce qui précède, la Cour de céans se permet néanmoins les observations suivantes.

a) A teneur de l'art. 29 al. 1 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Selon l'art. 29 al. 3 LPGA, si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande.

b) En cas de non-respect de la forme prescrite, l'assureur impartira un délai convenable à l'ayant droit pour réparer le vice avec l'avertissement qu'à défaut, l'annonce ne sera pas recevable et qu'il ne sera pas entré en matière sur la demande de prestations. Pour que l'art. 29 al. 3 LPGA soit applicable, il faut qu'il y ait, en tous les cas, une annonce : soit une déclaration expresse, soit une demande dont l'assureur devait comprendre qu'il s'agissait en définitive d'une demande de prestations. La date de l'annonce joue un rôle en relation avec le respect de l'observation du délai. La date de réception d'une demande ne respectant pas les exigences formelles sera prise en compte, quand bien même la demande devra être complétée par la suite. Un assuré ne

respectant pas le délai imparti pour corriger l'acte ou la demande viciée ne pourra plus invoquer l'art. 29 al. 3 LPGA (cf. Guy Longchamp, *in* : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 31, 39, 43 et 45 ad art. 29 LPGA).

c) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu, comme date de dépôt de sa nouvelle demande, la date du 30 novembre 2020 (correspondant à la réception du rapport du Dr R. _____ du 25 novembre 2020) en lieu et place de sa correspondance du 23 juin 2020. L'intimé, pour sa part, s'en tient à l'avis de son service juridique du 7 juillet 2021, lequel a retenu notamment ce qui suit :

[...] Aucune nouvelle demande n'a pourtant été déposée le 23 juin 2020. [...] En l'espèce, rien ne laisse penser qu'il s'agit d'une nouvelle demande, ce d'autant plus que le mandataire de l'assuré – lequel a déposé plusieurs demandes au nom de son mandant – joint habituellement la demande officielle à son courrier ou la fait suivre peu de temps après. En outre, s'agissant d'une 7^{ème} demande, il n'est pas sans savoir que lors du dépôt de celle-ci, il doit rendre plausible l'aggravation qu'il allègue et fournir des preuves (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI). Or, le temps s'est écoulé et rien n'a été produit. Seuls des rapports médicaux nous sont parvenus le 30 novembre 2020, dans le cadre de ses objections contre le refus d'une allocation pour impotent. [...]

d) Cela étant, la position de l'intimé apparaît difficilement soutenable, dans la mesure où le recourant a annoncé, sans équivoque, une aggravation de son état de santé en date du 23 juin 2020. Dans ce contexte, il incombait à l'intimé de lui impartir un délai pour compléter un formulaire officiel et/ou fournir toute pièce rendant plausible l'aggravation alléguée, en l'avertissant qu'à défaut il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Le dépôt de plusieurs demandes de prestations par le recourant par le passé ou les habitudes de son mandataire vis-à-vis de l'intimé ne justifient pas de s'écarter des règles de procédure contenues à l'art. 87 RAI en présence d'une annonce parfaitement compréhensible du dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

10. a) Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Dr R. _____ du 25 novembre 2020 s'élevant à 1'960 francs.

b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

c) En l'occurrence, le rapport du Dr R. _____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'intimé. Le rapport du Dr R. _____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 23 mai 2022 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 10 août 2022.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, à compter du 28 juin 2022 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

aa) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office, le juge appréciant l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Un tarif horaire de 180 fr. s'applique s'agissant d'un avocat, de 110 fr. pour un avocat-stagiaire, de 140 fr. pour un agent d'affaires breveté et de 90 fr. pour un stagiaire d'agent d'affaires breveté (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ).

bb) L'octroi de l'assistance judiciaire crée une relation de droit public cantonal entre l'avocat et l'Etat. Il s'agit de la prise en charge d'une mission étatique visant la protection des indigents, raison pour laquelle la partie représentée n'a pas le droit de changer de conseiller juridique sans l'autorisation de l'Etat et sans des raisons objectives pouvant faire penser qu'une représentation appropriée de ses intérêts n'est plus garantie par l'avocat désigné par l'Etat (ATF 140 I 70 consid. 6.1 et 6.2). En matière de défense d'office, le requérant ne dispose pas d'une liberté de choix illimitée de son défenseur. Le droit cantonal ne viole pas les garanties constitutionnelles en limitant celle-ci à l'assistance d'office d'un mandataire ayant justifié de connaissances suffisantes lors d'un examen étatique approprié, comme c'est le cas par exemple des avocats et des agents d'affaires brevetés. Le fait qu'un plaideur puisse mandater à titre privé une personne non inscrite au tableau pour le représenter devant les

tribunaux dans des domaines qui échappent au monopole des avocats ne signifie pas encore qu'une telle personne puisse être nommée d'office (ATF 125 I 161 consid. 3b).

Sont seuls autorisés à assister gratuitement une partie au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA les avocats brevetés qui – aussi longtemps qu'ils ne sont pas employés par une organisation reconnue d'utilité publique – remplissent par analogie les conditions personnelles pour être inscrits au registre au sens de l'art. 8 al. 1 LLCA (loi fédérale du 23 juin 2000 sur la libre circulation des avocats ; RS 935.61). L'avocat inscrit au tableau cantonal peut toutefois déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]).

Une décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par le mandataire désigné d'office de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue, n'a pas été qualifiée d'arbitraire selon le Tribunal fédéral (ATF 141 I 70 consid. 6).

cc) Me Duc a signé et produit le 21 février 2023 la liste des opérations effectuées pour le compte du recourant. Il a fait état de 4 heures consacrées à la présente procédure par un avocat, collaborateur de son étude, [...], et de 2 heures et 20 minutes par ses soins. Dans la mesure où aucune autorisation judiciaire n'a été demandée pour cette substitution, Me Duc n'était pas en droit de déléguer à ce collaborateur des tâches relevant de son mandat d'office. Il ne peut par conséquent prétendre aucune indemnisation pour l'activité de ce dernier. L'indemnité d'office allouée à Me Duc doit donc se rapporter exclusivement au temps total de 2 heures et 20 minutes comptabilisées par ses soins. En définitive, il convient d'octroyer à Me Duc un montant total de 474 fr. 95 (débours

forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités in casu.

dd) Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser les frais judiciaires et la rémunération de son mandataire, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mai 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office du conseil du recourant est arrêtée à 474 fr. 95 (quatre cent septante-quatre francs et nonante-cinq 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.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :