

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2023

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Rondi, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M._____, à H._____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. Entré en Suisse en 2002, M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien d'origine algérienne, né en 1974, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C).

Alors qu'il travaillait en mission intérimaire auprès de l'entreprise Z._____ SA, à X._____, M._____ a été victime d'un accident le 12 novembre 2007 dans l'atelier de l'usine au cours duquel il s'est tordu le pied gauche. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Après avoir consulté le Service des urgences de l'Hôpital P._____ où on lui a plâtré le pied, M._____ a séjourné à l'Hôpital K._____ du 21 au 26 novembre 2007. Dans leur rapport de sortie du 4 décembre 2007, les Drs N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et I._____, médecin assistant, ont diagnostiqué une coalition sous-talienne incomplète et des troubles dégénératifs débutants de la sous-talienne cheville gauche. Ils ont ajouté que le patient était connu pour un status post-entorse de la cheville gauche et un status post-reconstruction du LCA [ligament croisé antérieur] du genou droit le 5 septembre 2006. Le 15 avril 2008, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthrodèse sous-talienne gauche.

Par décision du 29 mars 2010, confirmée sur opposition le 29 juin 2010, la CNA a pris en charge les frais de traitement liés à l'accident dès le 12 novembre 2007 jusqu'au 20 janvier 2008 et versé des indemnités journalières pour la période du 15 novembre 2007 au 20 janvier 2008 inclus. Selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assuré avait retrouvé au 21 janvier 2008 l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*), les troubles subsistant encore devant être pris en charge par l'assurance-maladie.

Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 29 juin 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par arrêt du 21 juin 2012 (cause n° AA 78/10 - 56/2012).

B. **a)** Dans l'intervalle, M. _____ a déposé, le 16 mars 2009, une première demande de l'assurance-invalidité, en indiquant souffrir d'une entorse à la cheville gauche. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser à la procédure le dossier constitué par la CNA.

Après avoir pris connaissance de ce dossier, le Dr G. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré présentait des douleurs ainsi qu'une impotence fonctionnelle de la cheville gauche à la suite d'une arthrodèse sous-talienne. Selon ce médecin, la capacité de travail était entière depuis janvier 2009 dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites (avis médical du 4 mai 2009). Afin de dégager des projets professionnels concrets, l'office AI a organisé un stage d'orientation, lequel n'a toutefois pas permis de valider les pistes envisagées en raison des problèmes privés de l'assuré et de son faible investissement.

Par décision du 4 mai 2010, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que le préjudice économique subi était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation.

b) Le 2 septembre 2010, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a adressé à l'office AI un rapport médical valant demande de révision, complété ultérieurement par un certificat du 8 novembre 2010 et un nouveau rapport daté du 31 janvier 2011.

Dans un avis médical du 3 mars 2011, la Dre B. _____, médecin auprès du SMR, a relevé que les documents émanant du Dr

Q._____ n'amenait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'avis du 4 mai 2009, selon lequel une pleine capacité de travail était exigible de la part de l'assuré dans une activité adaptée.

Par décision du 11 mars 2011, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 2 septembre 2010.

Par décision du 8 juillet 2011 (cause n° AI 111/11 - 325/2011), la Cour de céans a pris acte du retrait du recours formé par l'assuré contre cette décision.

c) Le 8 juillet 2013, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI à l'assuré du 9 juillet 2013).

L'assuré n'ayant pas produit le rapport médical demandé, l'office AI a, par décision du 15 octobre 2013, refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait.

d) Le 1^{er} juillet 2015, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI à l'assuré du 2 juillet 2015).

Hormis un bref certificat médical du 21 août 2015 attestant d'un suivi psychiatrique depuis le mois de juillet précédent auprès du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'office AI a une nouvelle fois considéré que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification des conditions de fait, si bien qu'il a rendu, le 28 septembre 2015, une nouvelle décision de refus d'entrer en matière.

e) Invoquant désormais souffrir de troubles psychiques sous la forme d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), M._____ a

déposé, le 27 juin 2016, une cinquième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport médical du 15 août 2016, le Dr W._____ a posé les mêmes diagnostics que ceux figurant dans la demande de prestations du 27 juin précédent. Il a estimé que la capacité de travail était nulle à compter du 12 janvier 2016 dans l'activité d'employé au tri postal exercée en dernier lieu par l'assuré (mission temporaire), même si une reprise progressive à 50 % demeurerait envisageable à condition d'éviter une trop grande pression.

Après avoir fait l'objet d'une intervention chirurgicale au membre inférieur gauche réalisée le 16 juin 2016 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a présenté des douleurs à la marche ayant nécessité une consultation auprès du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie. Dans son rapport du 27 décembre 2016, ce médecin a posé les diagnostics de douleur neuropathique au niveau du pied gauche (territoire du nerf péronier superficiel), de probable exostose calcanéenne à gauche et de douleur lombaire basse gauche avec irradiation au niveau de la fesse et de la cuisse gauches.

Dans un rapport à l'office AI du 29 novembre 2017 rédigé ensuite d'une consultation du même jour, le Dr L._____ a fait état d'un syndrome douloureux chronique au membre inférieur gauche, d'un status post-arthrodèse de la sous-talienne gauche dans un contexte de fracture du calcanéum gauche en novembre 2007 et d'une fasciite plantaire gauche. Selon ce médecin, l'assuré présentait des douleurs neurogènes nocturnes sous forme de paresthésie-dysesthésie dans le territoire du nerf tibial et du nerf péronier superficielle. Il se plaignait également d'une fasciite plantaire gauche, réfractaire au traitement conservateur. Le Dr L._____ a cependant ajouté qu'il n'y avait pas de solution chirurgicale susceptible de soulager l'intéressé.

Dans un rapport à l'office AI du 1^{er} juin 2018, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué qu'il se chargeait du suivi de l'assuré depuis le 10 juin 2014 en raison de lombalgies remontant à fin 2012. Après avoir brièvement décrit la situation clinique de son patient et évoqué les options thérapeutiques envisageables, ce médecin a estimé que la reprise progressive d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites n'était pas contre-indiquée.

Appelé à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, le Dr J._____, médecin auprès du SMR, a, dans un avis médical du 23 juillet 2018, relevé que, sur le plan somatique, l'assuré présentait des problèmes ophtalmologiques, au dos ainsi qu'au niveau de la cheville et du pied gauches. Il souffrait également de troubles psychiques sous la forme d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). En vue de clarifier les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le mois de septembre 2015, il a demandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

Pour ce faire, l'office AI a confié à la Clinique A._____ à D._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Datée du 15 avril 2019, l'expertise se composait d'un rapport de synthèse signé des Drs U._____, spécialiste en médecine interne générale, C._____, spécialiste en neurologie, R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; ce rapport contenait pour l'essentiel un résumé des principales pièces au dossier, une anamnèse circonstanciée, le compte-rendu de l'examen clinique effectué par le Dr U._____ ainsi que l'évaluation consensuelle. A ce document étaient joints les rapports d'examens spécialisés sur les plans neurologique (Dr C._____), rhumatologique (Dre R._____) et psychiatrique (Dr E._____). Sous l'intitulé « diagnostics », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Depuis la première demande de prestations AI, faisant suite à une chute avec entorse de la cheville, en 2009, toutes les demandes ultérieures ont comporté des douleurs de la cheville allant

croissantes, auxquelles se sont associées progressivement des plaintes douloureuses à d'autres sites, devenues aujourd'hui multiples.

Dans la troisième demande étaient mentionnés des symptômes de dépression, qui sont aujourd'hui mis en avant et qui ont conduit le Tribunal cantonal à recommander que le dossier de cet assuré soit effectivement rouvert.

Les plaintes douloureuses sont aujourd'hui toujours multiples. Les plaintes liées à l'atteinte initiale à la cheville, ayant fait l'objet de multiples interventions, notamment d'une arthrodèse puis d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse et enfin une intervention pour neurolyse, sont toujours mises aujourd'hui au premier plan pour justifier l'incapacité de travail, mais d'autres plaintes douloureuses multiples s'y ajoutent, de manière variable d'un examinateur à l'autre.

Les lombalgies ne relèvent pas à l'évidence d'un substrat somatique défini et ont été classées comme des **lombalgies chroniques non spécifiques (M 54.5)**.

Aucune anomalie objective n'est notée sur le plan neurologique au niveau de la cheville opérée. On retient des **douleurs chroniques du pied gauche sur status après arthrodèse sous-talienne et status après neurolyse de la branche calcanéenne du nerf tibial au tunnel tarsien en 2008**.

Le rapport du psychiatre traitant retenait le diagnostic **F41.2 de trouble anxiodépressif mixte** et celui de syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4.

Notre expert psychiatre s'accorde avec le premier de ces deux diagnostics mais, en l'absence de détresse patente associée aux plaintes douloureuses, absence observée par lui-même comme par les autres observateurs, le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant n'est pas justifié.

Il ne s'agit pas non plus, chez cet assuré, d'une somatisation. L'assuré n'est pas fixé sur des symptômes somatiques sans substrat, mais sur son malheur biographique et contextuel ; il s'y associe une recherche constante d'un remède médical à ses maux, remède qui trouve trop souvent une réponse positive, allant jusqu'à des interventions chirurgicales, dont la justification n'est pas flagrante, et qui ont un caractère iatrogène en contribuant largement à fixer cet assuré dans son statut d'invalidé.

L'expert retient aussi le diagnostic de **majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0**. Le psychiatre entend par là la recherche manifeste de l'assuré de remèdes médicaux à son mal-être, qu'il transpose sur le plan psychique.

L'expert retient aussi un état de stress post-traumatique léger F43.1, depuis au plus tard l'année 2000, année de la guerre civile et de la fuite de son pays, mais qui a un caractère léger et ne saurait contribuer à une incapacité de travail ».

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les experts ont retenu ce qui suit :

« Nous ne reconnaissons pas chez cet assuré de facteur susceptible de limiter sa capacité de travail.

L'atteinte de la cheville, comme les lombalgies, imposent des restrictions fonctionnelles ; il s'agit des activités qui imposeraient des déplacements prolongés ou en terrains irréguliers, qui impliqueraient la position accroupie ou à genoux, ou le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que les mouvements en porte à faux du dos.

Dans toute activité respectant ces limitations, la capacité de travail de cet assuré peut être estimée comme entière, pour autant que les limitations liées au traitement psychotrope soient réduites.

La question des mesures professionnelles reste ouverte, après l'initiative d'un retour à l'emploi en 2015, justifiée alors par des problèmes financiers. Aucun facteur ne s'oppose donc à de nouvelles mesures d'ordre professionnel, mais l'installation évidente dans un statut d'invalidé rend le pronostic tout de même très aléatoire ».

Sollicité pour détermination, le Dr J. _____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis médical du 9 juillet 2019).

Par décision du 9 janvier 2020, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le préjudice économique subi était nul.

f) Le 15 novembre 2021, M. _____ a déposé une sixième demande de prestations - traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 24 novembre 2021) - en indiquant souffrir d'un épisode dépressif récurrent depuis plusieurs années.

Dans un rapport du 27 décembre 2021, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a expliqué qu'il se chargeait du suivi de l'assuré depuis le mois de juillet 2020 au rythme d'une consultation mensuelle. En raison de dorsalgies permanentes et de douleurs à la cheville gauche, son patient effectuait des séances de physiothérapie deux fois par semaine, lesquelles n'avaient toutefois pas conduit à une réelle amélioration. Aussi, de façon

réactionnelle, son état psychique, fragile depuis des années, s'était particulièrement dégradé depuis le début de l'année 2020. Actuellement, il présentait un état dépressif moyen à sévère se manifestant par une humeur dépressive avec anhédonie, une anxiété permanente, une estime dégradée, une perte d'élan vital, des idées noires et suicidaires récurrentes et d'importants troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral. Outre que son épouse s'occupait de la totalité des tâches ménagères, l'intéressé avait des difficultés à gérer son irritabilité, exprimait un vécu persécutoire et évitait les relations sociales. Fort de ses constatations, le Dr T. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère (F32.1) associé à un probable trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0), compliquant l'évolution de l'état de santé psychique de son patient. A l'instar du Dr E. _____ de la Clinique A. _____, il a également retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0), existant depuis plusieurs années. Dans ce contexte, ce médecin estimait que la capacité de travail était nulle et que, compte tenu de l'existence d'un trouble de la personnalité, le pronostic pour une reprise d'activité était défavorable.

Par projet de décision du 27 janvier 2022, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations faute de documents ayant rendu plausible une modification notable de la situation.

Le 28 février 2022, l'assuré a présenté des objections à ce projet de décision. Il a fait valoir qu'il était toujours fatigué car il souffrait d'une dépression, d'une hernie discale et de douleurs dans le dos jusqu'aux genoux. Il était dès lors dans l'incapacité de porter des charges ou de rester assis plus d'une heure, après quoi il devait impérativement s'allonger. Il a annoncé le dépôt de pièces médicales complémentaires.

Dans un courrier à l'office AI du 22 mars 2022, le Dr Y. _____, médecin praticien, a indiqué que son patient se plaignait, d'une part, de douleurs fortement invalidantes après une arthrodèse sous-talienne gauche réalisée en 2008 et, d'autre part, de lombalgies. En dépit de

l'introduction d'un traitement conservateur (anti-inflammatoires et corticothérapie), l'évolution restait défavorable puisque l'intéressé présentait toujours des douleurs à la marche, sans qu'aucune étiologie n'ait pu être mise en évidence. A cela s'ajoutaient des limitations fonctionnelles sous la forme de douleurs en position tant assise que debout obligeant l'assuré à rester en position couchée la majeure partie de la journée. Ces douleurs affectaient par ailleurs son psychisme, si bien qu'il ne se voyait pas reprendre l'exercice d'une activité professionnelle, ce dont le Dr Y._____ convenait.

Dans un rapport médical établi le 30 mars 2022 à l'intention du Dr Y._____, les Drs O._____ et S._____, respectivement médecin associé et médecin assistante auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital P._____, ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite et infiltration de Modic I L5/S1 (IRM du 18 octobre 2019). L'examen clinique montrait un déconditionnement physique avec un syndrome rachidien et une raideur de toute la chaîne sous-pelvienne, plus importante des ischio-jambiers.

Dans un nouveau rapport médical du 20 avril 2022, le Dr T._____ a souligné encore une fois que la capacité de travail de l'assuré était nulle pour des raisons psychiatriques (traits marqués en faveur d'un trouble de personnalité paranoïaque et d'un état dépressif chronique). Les symptômes dépressifs étaient anciens, chroniques et résistants au traitement, probablement en raison du trouble de la personnalité et de faibles capacités d'élaboration. En outre, son patient présentait des difficultés interpersonnelles, une tendance à la méfiance et à se sentir humilié. Il se plaignait par ailleurs de douleurs chroniques suivies et investiguées à l'Hôpital P._____. Dans ces conditions, le pronostic futur concernant une reprise d'activité professionnelle était très défavorable.

Le 2 juin 2022, le Dr Y._____ a rédigé un nouveau rapport médical, dans lequel il indiquait se charger du suivi de l'assuré depuis le mois de janvier 2012. Depuis lors, son état de santé s'était

progressivement péjoré, raison pour laquelle il l'avait adressé à différents spécialistes. Selon ce médecin, le rapport du 30 mars 2022 était suffisamment précis quant à l'aggravation de l'état de santé, les spécialistes de l'Hôpital P._____ n'envisageant du reste pas la reprise d'une activité professionnelle. De son côté, le Dr Y._____ estimait également que la probabilité d'une reprise d'activité était très faible en raison de la chronicisation des douleurs et de l'existence d'une pathologie psychique.

Dans un avis médical du 22 août 2022, le Dr J._____, médecin auprès du SMR, a retenu que l'analyse des dernières pièces médicales produites ne montrait pas d'indices tangibles en faveur d'une modification de l'état de santé de l'assuré.

Par décision du 22 août 2022, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 15 novembre 2021, motif pris que l'examen des pièces au dossier n'avait pas rendu plausible une modification notable de la situation.

C. **a)** Par acte du 22 septembre 2022, M._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 22 août 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'office AI « pour traitement de la nouvelle demande ». De manière générale, l'assuré a déploré que, depuis un certain temps, l'office AI refusait systématiquement d'entrer en matière sur de nouvelles demandes de prestations en arguant de motifs purement économiques et comptables. Or une telle pratique était détachée de toute considération humaine, ce qui ne correspondait pas à la finalité d'une assurance sociale. En l'occurrence, c'était à tort que le SMR avait ignoré l'existence d'une aggravation sur le plan somatique, dès lors que celle-ci avait été constatée par les spécialistes de l'Hôpital P._____. Sous l'angle psychiatrique, c'était de manière erronée qu'il se fondait sur l'expertise de la Clinique A._____ de mars 2019, puisque l'aggravation évoquée par le Dr T._____ remontait au début de l'année 2020, soit postérieurement à dite

expertise. De son côté, le Dr Y._____ avait également constaté une aggravation de l'état de santé tant sur le plan somatique que psychique.

b) Par décision du 15 novembre 2022, le magistrat instructeur a accordé à M._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 septembre 2022 sous la forme d'une exonération d'avances et des frais judiciaires. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc a été désigné. L'assuré était par ailleurs astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 3 janvier 2023.

c) Dans sa réponse du 15 décembre 2022, l'office AI a conclu au rejet du recours en se référant à l'analyse des rapports médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du 15 novembre 2021 effectuée le 22 août 2022 par le Dr J._____, médecin auprès du SMR.

d) Par réplique du 19 janvier 2023, l'assuré a souligné que les rapports médicaux transmis dans le cadre de sa demande de prestations du 15 novembre 2021 faisaient clairement état d'une aggravation de son état de santé somatique et psychique, satisfaisant en cela le niveau d'exigence requis par la loi pour que l'office AI entre en matière sur cette demande. Dès lors, en niant toute forme de péjoration, les conclusions du Dr J._____ devaient être qualifiées d'arbitraires, si bien qu'elles ne pouvaient être suivies. L'assuré a maintenu les conclusions de son recours.

e) Dupliquant en date du 14 mars 2023, l'office AI a plus particulièrement souligné que, dans le contexte d'un refus d'entrer en matière sur une demande de prestations, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en considération, l'examen du juge étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction. Il a derechef conclu au rejet du recours.

f) Dans ses déterminations du 17 avril 2023, l'assuré a souligné que, dans ses précédentes écritures, il s'était référé

exclusivement à des rapports établis antérieurement au prononcé de la décision litigieuse, si bien qu'il a réitéré les conclusions prises au pied de son recours. Il a par ailleurs joint la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure entre le 22 septembre 2022 et le 17 avril 2023.

g) Le 6 septembre 2023, l'assuré a produit un rapport médical établi le 28 août 2023 par le Dr T._____. Ce médecin y posait les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère (F32.1) et de personnalité paranoïaque (F60.0). Reprenant dans une large mesure les constatations opérées dans son rapport du 27 décembre 2021, il était d'avis que la capacité de travail de son patient était nulle pour des raisons psychiques, tandis que le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était très défavorable. Pour sa part, l'assuré déplorait que les limitations fonctionnelles d'ordre psychique signalées par le Dr T._____ n'aient pas été retenues par le SMR. De même, ses difficultés de déplacement - évoquées par son psychiatre traitant - attestaient de problèmes somatiques sévères, lesquels n'avaient pas non plus été investigués de façon satisfaisante. Tout en sollicitant la tenue de débats publics, il a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le refus de l'office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 15 novembre 2021. Il convient en particulier d'examiner si ce dernier a rendu plausible une modification des faits depuis la dernière décision de refus de prestations – datée du 9 janvier 2020 –, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance en mai 2022, soit six mois après le dépôt de sa demande du 15 novembre 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} 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 la personne assurée 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

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

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Selon la doctrine, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement

notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge ou l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100, p. 840 ss).

5. a) Dans le cas présent, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 15 novembre 2021. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 9 janvier 2020 rejetant la demande de prestations du recourant - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 22 août 2022, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 22 août 2022 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 9 janvier 2020. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

b) Pour rendre sa décision du 9 janvier 2020, l'office intimé s'était fondé sur l'expertise pluridisciplinaire effectuée auprès de la Clinique A._____. Dans leur rapport du 15 avril 2019, les experts avaient retenu les diagnostics somatiques de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et de douleurs au pied gauche sur status post-arthrodèse sous-talienne, à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités nécessitant des déplacements prolongés ou en terrains irréguliers ni d'activités impliquant la position accroupie, à genoux ou le port de charges supérieures à 10 kg, ainsi que les mouvements en porte-à-faux du dos. Sur le plan psychique, ils avaient diagnostiqué, à

l'instar du Dr W._____, un trouble anxiodépressif mixte (F41.2), mais avaient écarté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), en l'absence de détresse patente associée aux plaintes douloureuses. Les experts avaient en revanche retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), compte tenu de la recherche manifeste de l'assuré de remèdes médicaux à son mal-être, qu'il transposait sur le plan psychique. En dépit des pathologies diagnostiquées, les médecins de la Clinique A._____ avaient jugé que la capacité de travail était entière en toute activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites, pour autant que les limitations liées au traitement psychotrope fussent réduites.

c) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 15 novembre 2021, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé somatique et psychique.

aa) Sur le plan somatique, le Dr Y._____ a fait parvenir à l'office AI deux certificats médicaux établis les 22 mars et 2 juin 2022. Ce médecin y faisait état d'une évolution défavorable depuis le début de son suivi au mois de janvier 2012 en lien avec des douleurs au pied et au dos, ces dernières nécessitant des consultations spécialisées à l'Hôpital P._____. Dans leur rapport du 30 mars 2022, les Drs O._____ et S._____, médecins auprès du Département de l'appareil locomoteur de cet hôpital, ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite et infiltration de Modic I L5/S1 sur la base d'une IRM lombaire du 18 octobre 2019. Comparativement à l'examen du 24 mai 2016, cette imagerie avait montré que les discopathies L4/L5 et L5/S1 étaient en progression et qu'il existait une arthrose interapophysaire postérieure avec des signes de congestion légèrement plus prononcés. Si l'IRM lombaire réalisée à l'Hôpital P._____ le 16 février 2022 avait conclu à une stabilité de la discopathie L5/S1, l'examen clinique pratiqué le 25 mars 2022 avait cependant montré que le patient était algique à presque tous les mouvements avec des lombalgies et des irradiations aux deux membres inférieurs sur la face postérieure jusqu'à mi-cuisse. De même, la marche

sur les talons et les pointes de pied était difficile en raison des douleurs lombaires. A cela s'ajoutait une aggravation de la douleur aux changements de position assis-lever, à la montée et à la descente des escaliers et des pentes ainsi que pour ramasser les objets par terre. L'examen clinique avait de ce fait conclu à un déconditionnement physique avec un syndrome rachidien et une raideur de toute la chaîne sous-pelvienne, plus importante au niveau des muscles ischio-jambiers. Dans ces conditions, le Dr Y. _____ estimait que la probabilité d'une reprise d'activité était très faible non seulement en raison de la chronicisation des douleurs mais également de la pathologie psychique qui lui était associée.

bb) Sur le plan psychique, le Dr T. _____ a adressé à l'office AI un rapport daté du 27 décembre 2021. Ce médecin y expliquait suivre l'assuré à raison d'une consultation mensuelle depuis le mois de juillet 2020. Il soulignait que, en réaction à des dorsalgies permanentes ainsi que des douleurs à la cheville gauche, l'état de santé psychique de son patient était fragilisé depuis de nombreuses années. Il s'était toutefois dégradé au début de l'année 2020 avec l'apparition d'un état dépressif moyen à sévère se manifestant par une humeur dépressive associée à une anhédonie, une anxiété permanente, une estime de soi dégradée, une perte d'élan vital, d'importants troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral ainsi que des idées noires et suicidaires récurrentes. L'intéressé avait du reste fait une intoxication médicamenteuse à visée suicidaire en 2020. Il avait par ailleurs très peu d'activités puisque c'était son épouse qui s'occupait de la totalité des tâches ménagères. Parallèlement, il éprouvait des difficultés à gérer ses émotions, en particulier sa colère, et pouvait faire preuve d'irritabilité ou d'agressivité. Exprimant un vécu persécutoire, le recourant avait en outre tendance à éviter les relations humaines et à se replier sur lui-même. Au vu de ces éléments, le Dr T. _____ retenait le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère (F32.1) associé à un probable trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0), compliquant l'évolution de l'état de santé psychique. A l'instar du Dr E. _____, psychiatre auprès de la Clinique A. _____, il posait également le diagnostic de majoration de symptômes physiques

pour des raisons psychiques, existant depuis plusieurs années (F68.0). Dans ce contexte psychiatrique, le psychiatre traitant estimait que la capacité de travail était nulle, le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle étant quoi qu'il en soit défavorable au vu du trouble de la personnalité. Il a réitéré son point de vue quant à une incapacité totale de travail dans son rapport médical du 20 avril 2022, en précisant que les symptômes dépressifs étaient anciens, chroniques et résistants au traitement, probablement en raison du trouble de la personnalité et de faibles capacités d'élaboration. Quant au rapport du 28 août 2023 du Dr T._____, il soulignait l'aggravation de la symptomatologie dépressive depuis l'examen effectué par le Dr E._____ en 2019 au regard d'un status largement superposable à celui décrit le 27 décembre 2021. Pour le reste, reprenant les mêmes diagnostics que ceux formulés précédemment, le psychiatre traitant a une nouvelle fois retenu une incapacité totale de travail ainsi qu'un pronostic défavorable concernant la reprise d'une activité professionnelle.

d) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 15 novembre 2021, le recourant a produit des rapports de ses médecins traitants reposant sur une évaluation récente de son état de santé. En présence d'une nouvelle atteinte à la santé somatique (lombalgies chroniques avec arthrose interapophysaire postérieure congestive en L4/L5/S1 droite) susceptible d'influer la capacité de travail et, partant, la capacité de gain, les Drs O._____ et S._____ ont rendu plausible une péjoration de l'état de santé ostéo-articulaire de l'intéressé avec une symptomatologie douloureuse compromettant la reprise d'une activité professionnelle. De son côté, le Dr T._____ a également fait part d'une aggravation de l'état de santé psychique en faisant mention d'éléments objectifs nouveaux, tel une intoxication médicamenteuse à visée suicidaire en 2020, fondant les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère (F32.1) associé à un probable trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0). Dans la mesure où ces pathologies s'inscrivaient dans un contexte médical de dorsalgies permanentes et de douleurs à la cheville gauche, ce médecin estimait que la capacité de travail était nulle, à tout le moins que le pronostic pour une reprise d'activité était défavorable eu égard au

trouble de la personnalité présenté par son patient. Au surplus, le fait que le rapport du 28 août 2023 ait été établi postérieurement à la décision dont est recours ne saurait nuire au recourant, dans la mesure où son contenu est largement superposable à celui du 27 décembre 2021 évoquant de façon circonstanciée une aggravation du trouble dépressif.

e) Sur le vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique depuis la dernière décision de refus de prestations rendue le 9 janvier 2020 et se rapportant aux examens cliniques effectués à la Clinique A._____ en mars 2019. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressé et de sa capacité de travail ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 15 novembre 2021. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier la situation d'inchangée sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 15 novembre 2021. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet des considérants 4c et 4d ci-dessus. Concrètement, il s'agira d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

6. Dans ses déterminations du 6 septembre 2023, le recourant a sollicité la tenue de débats publics. Or cette mesure apparaît superflue compte tenu de l'issue du litige, si bien qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête.

7. En définitive, la recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI afin qu'il entre en matière

sur la demande de prestations du 15 novembre 2021, en reprenne l'instruction puis rende une nouvelle décision.

8. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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. (six cents francs), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, le recourant 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 17 avril 2023, il convient de constater que l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour 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. Partant, il se justifie de fixer l'indemnité forfaitairement à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 22 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :