

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Durussel et Livet, juges
Greffière : Mme C. Meylan

Cause pendante entre :

J._____, 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. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé d'exploitation auprès de [...] depuis 1999, sans formation professionnelle. Il a été licencié avec effet au 31 mai 2012.

Le 28 mars 2011, l'assuré a adressé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 6 avril 2011 à l'OAI, la médecin traitante de l'assuré, la Dre C._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle sur troubles statiques, séquelles d'ostéodystrophie de croissance et dysbalance musculaire et tendinopathie du moyen fessier gauche, ainsi que de réactions mixtes anxieuses et dépressives. Elle a joint un rapport établi le 22 novembre 2010 par la Dre Q._____, médecin associée à l'unité du rachis du W._____ (ci-après : le W._____), qui avait posé les mêmes diagnostics, auxquels s'ajoutaient un déconditionnement physique focal et global ainsi que des difficultés dans l'environnement familial.

Par avis du 4 mai 2011, le Dr P._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu des lombalgies chroniques, sans substrat somatique pouvant expliquer les douleurs. Il n'y avait pas d'atteinte à la capacité de travail dans l'activité habituelle.

Conformément à son projet de décision du 24 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en raison de l'absence d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité professionnelle habituelle. Ce projet a été contesté par l'assuré.

Invitée par l'OAI à fournir des explications complémentaires, la Dre C._____ a indiqué, dans un rapport du 2 septembre 2011, que la

situation restait désespérante. Les « blocages » se répétaient, associés à une irradiation dans le membre inférieur gauche qui ne trouvait pas de substrat objectif. Au plan psychiatrique, les troubles dépressifs s'accroissaient. Cette médecin a de même établi une liste de limitations fonctionnelles, telles que décrites par son patient (positions debout impossibles au-delà de 45 à 60 minutes et la position assise au-delà de 30 minutes ; marche limitée à une heure à plat ; montée des escaliers limitée à quelques marches ; tâches ménagères impossibles et certaines activités de la vie quotidienne nécessitant l'aide de l'entourage). S'agissant de la capacité de travail, la Dre C. _____ a considéré qu'en l'état actuel, elle ne voyait pas de possibilité de capacité de travail théorique.

A teneur de leur rapport du 22 janvier 2012, le Dr S. _____, chef de clinique adjoint au Département psychiatrique du W. _____, et R. _____, psychologue, ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F32.11), depuis 2007, avec effet sur la capacité de travail. Concernant les restrictions psychiques, il existait une fatigabilité importante lors des tâches physiques, une fixation mentale sur les douleurs associées à une kinésiophobie et des troubles de l'attention. Le patient présentait par ailleurs peu de « capacité de coping », un fonctionnement passif et évitant, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse et dépressive avec une grande fatigabilité, ce qui limitait les capacités d'adaptation et le rendement. Il n'y avait cependant pas de contre-indication à une reprise d'activité du point de vue psychiatrique, mais des limitations du fait du trouble de l'humeur et des troubles psychologiques.

Sur proposition du 5 mars 2012 du SMR, suivie d'une demande en ce sens de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs L. _____, spécialiste en médecine interne, X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K. _____, spécialiste en rhumatologie, tous médecins auprès du D. _____ (ci-après : le D. _____). Celle-ci a fait l'objet d'un rapport du 24 septembre 2012, aux termes duquel ces experts ont posé, sur le plan rhumatologique, les diagnostics de rachialgies chroniques sans explication objectivable – si bien qu'aucune invalidité ne

pouvait être retenue à cet égard – et de périarthrite de la hanche gauche sur tendinite d’insertion du moyen fessier – pouvant justifier des limitations temporaires, soit d’éviter de longues déambulations et de longues marches en terrain inégal, mais ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée, encore moins définitive. Sur le plan psychique, les experts ont relevé un trouble somatoforme, qui ne remplissait néanmoins pas les critères jurisprudentiels de trouble invalidant. A cet égard, la capacité de travail restait ainsi de 100 %. Ils ont également relevé une symptomatologie dépressive qui était fluctuante, pouvant parfois temporairement diminuer légèrement le rendement, sans que cette diminution ne dépasse toutefois les 10 à 20 %. S’agissant en particulier de l’atteinte rhumatologique, les experts ont mis en évidence l’absence de complication neurologique ou de lésion anatomique. Ils ont également constaté la présence de nombreux signes de non-organicité laissant suggérer une tendance à l’amplification des symptômes.

Aux termes de sa décision du 31 janvier 2013 et sur la base de cette expertise multidisciplinaire, l’OAI a confirmé son projet de décision du 24 mai 2011 et a rejeté la demande de prestations.

Dans l’intervalle, l’assuré avait soumis son dossier au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, qui, dans son rapport du 19 février 2013, intitulé « Etude de faisabilité d’expertise », a évoqué le diagnostic de fractures vertébrales lombaires dans le cadre d’une ostéoporose, atteinte ayant été confirmée par ostéodensitométrie osseuse. En outre, un scanner lombaire avait permis de constater, s’agissant du rachis lombaire, un spondylolisthésis de la 5^e vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée de type I selon Myerding sur spondylolyse. Le Dr F._____ observait que la « capacité médico-théorique de travail » était nulle.

b) Saisi d’un recours interjeté le 7 mars 2013 par l’assuré, la Cour de céans a, dans un arrêt du 25 novembre 2013 (AI 69/13 - 280/2013), admis le recours, annulé la décision du 31 janvier 2013 de refus de prestations et renvoyé la cause à l’OAI pour instruction

complémentaire et nouvelle décision. Elle a en effet considéré que les examens, dont faisait état le Dr F._____, avaient mis en évidence une ostéoporose et une ostéopénie. Ces constatations étaient nouvelles et les experts, comme d'ailleurs les médecins traitants, n'en avaient pas connaissance. A ce stade, il restait cependant encore à déterminer si ces nouveaux diagnostics permettaient de conclure à l'existence de fractures vertébrales, respectivement à une incapacité de travail, et de vérifier si le spondylolisthésis diagnostiqué par le Dr F._____ correspondait à une constatation nouvelle. Il appartenait dès lors à l'intimé de compléter l'instruction sur ces points.

c) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a interpellé la Dre G._____, médecin associée au Service de rhumatologie et Centre des maladies osseuses du W._____. Le 27 février 2014, celle-ci a transmis son rapport du 11 juillet 2013. Elle a posé les diagnostics d'ostéoporose densitométrique non-fracturaire, de maladie de Scheuermann avec séquelles d'ostéodystrophie de croissance multiétagées, ainsi que d'une insuffisance en vitamine D et peut-être en phosphate. Cette praticienne a ajouté avoir été en mesure d'exclure toute fracture vertébrale. En sus, elle a précisé avoir indiqué à l'assuré que le traitement de l'ostéoporose ne changerait rien à ses lombalgies, celles-ci étant sans rapport avec la maladie ostéoporotique, compte tenu de l'absence de fracture. En effet, selon elle, ces lombalgies étaient en rapport avec les troubles statiques et de croissance, ainsi qu'avec le déconditionnement musculaire global et focal.

Dans son rapport du 5 mai 2014, la Dre G._____ a ajouté que l'ostéoporose, sans tenir compte des autres atteintes, n'entraînait pas de limitations fonctionnelles et n'influençait pas la capacité de travail.

Par projet de décision du 22 juillet 2014, l'OAI a fait savoir qu'il comptait rejeter la demande, se basant sur les rapports des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014 de la Dre G._____. Les conclusions des experts du D._____ restaient dès lors valables, s'agissant en particulier de la capacité entière de travail de l'assuré.

Le 4 septembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections à l'OAI et requis que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 20 octobre 2014, la Dre C._____ a transmis à l'OAI les résultats d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 18 septembre 2014. Selon le rapport du 19 septembre 2014 du Prof. M._____, spécialiste en radiologie, il n'existait pas d'explication visible sur l'IRM quant à la symptomatologie présentée par le patient, mais on notait toutefois des séquelles de Scheuermann pluriétagées et une lyse isthmique L5 bilatérale non décompensée.

Le 28 novembre 2014, l'OAI est entré en possession du rapport du 12 novembre 2014 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, qui avait conclu qu'il n'y avait pas de participation neurologique à la symptomatologie douloureuse.

Se prononçant dans un avis SMR du 5 janvier 2015, les Dres H._____ et V._____, médecins auprès du SMR, ont confirmé se rallier aux conclusions des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014 de la Dre G._____ (concernant l'ostéoporose), du 19 septembre 2014 du Prof. M._____ (qui ne mentionnait pas l'existence d'un spondylolisthésis) et du 12 novembre 2014 du Dr B._____ (sur le plan neurologique). Avec ces éléments, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise D._____.

Par décision du 9 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant ainsi son projet du 22 juillet 2014.

d) Par acte du 18 mars 2015, l'assuré a formé recours à l'encontre de cette décision auprès de la Cour de céans, estimant en particulier l'instruction comme étant lacunaire.

Au cours de cette deuxième procédure de recours, l'assuré a produit, le 6 juillet 2015, un rapport du 10 juin 2015 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a en particulier diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques, résistantes à tous les traitements conservateurs instaurés jusqu'à présent, sur troubles dégénératifs débutants de la colonne cervicale, spondylolyse L5 bilatérale, avec spondylolisthesis de 1^{er} degré L5 sur S1 et séquelles de maladie de Scheuermann, ainsi qu'une ostéoporose en traitement, une périarthrite de la hanche gauche et une tendinopathie du moyen fessier. Ce médecin a en particulier indiqué que lors de l'examen clinique, il avait mis en évidence de nombreux signes de non-organicité. Les douleurs dépassaient largement celles qu'on pouvait espérer au vu de l'examen somatique et du bilan radiologique. Une amplification des symptômes pouvait également être suspectée. Selon ce praticien, même dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré n'était pas complète, une diminution de 25 % étant justifiée, en raison des douleurs chroniques. L'assuré pouvait effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. Il devait éviter le port de charge supérieure à 10 kg, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, et pouvait travailler dans une activité où il pouvait alterner, à sa guise, la position debout avec la position assise. Par ailleurs, de courts déplacements à plat étaient possibles.

Conformément à son arrêt du 30 juin 2016 (AI 67/15 - 265/2016), la Cour de céans a confirmé la décision du 9 février 2015 de l'OAI et rejeté le deuxième recours entrepris par l'assuré. S'agissant en premier lieu du volet somatique, elle a en substance considéré que la position de la Dre G._____, (cf. rapports des 11 juillet 2013 et 5 mai 2014) était claire, suffisamment probante et convaincante, de sorte qu'il devait être retenu que l'ostéoporose n'induisait pas de limitations fonctionnelles et restait sans influence sur la capacité de travail. Pour ce qui était du diagnostic de spondylolisthesis, mis en avant par le Dr F._____, les mesures d'instruction de l'OAI avaient permis d'exclure toute incapacité de travail en relation avec cette atteinte. Cette conclusion s'imposait au vu des rapports du 19 septembre 2014 du Prof. M._____ et

du 12 novembre 2014 du Dr B._____. En définitive, au moment de leur avis du 5 janvier 2015, les Dres H._____ et V._____ disposaient de suffisamment d'éléments pour constater que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles durables justifiées. Quant au rapport du 10 juin 2015 du Dr N._____, il ne permettait pas de parvenir à une autre conclusion. Ce dernier n'apportait aucun élément fondamentalement nouveau permettant de s'écarter des conclusions des experts du D._____, émettant simplement une appréciation légèrement divergente de la capacité de travail résiduelle, sans toutefois justifier cette différence d'évaluation, hormis par la persistance des douleurs alléguées par l'assuré et la présence de la périarthrite de la hanche. De leur côté, les experts du D._____ avaient procédé à un examen particulièrement circonstancié et leurs conclusions étaient claires et convaincantes, remplissant entièrement les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il convenait dès lors d'attribuer à leur rapport du 24 septembre 2012 une valeur probante plus élevée qu'à celui du Dr N._____. S'agissant en second lieu du volet psychiatrique, la Cour de céans a retenu que le trouble somatoforme douloureux, mis en évidence par les experts du D._____ et les médecins du SMR, n'avait pas d'effet invalidant, même en application des nouveaux critères d'évaluation établis par la jurisprudence. Par ailleurs, les experts n'avaient retenu aucune comorbidité psychiatrique invalidante. Il n'y avait ainsi pas de diagnostic psychiatrique de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré. En conséquence, l'Autorité de céans a considéré que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, qui restait adaptée.

B. **a)** En parallèle à la procédure de recours susmentionnée, l'assuré a déposé le 30 juin 2016 une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé, mise en évidence par le Service d'urgence du W._____.

Le 15 septembre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 12 septembre 2016 de la Dre C._____ qui avait confirmé les diagnostics de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle, des

séquelles d'ostéodystrophie de croissance, des troubles statiques, un spondylolisthésis L5-S1 grade 1 sur lyse isthmique bilatérale, une ostéoporose densitométrique, une dysbalance musculaire et tendinopathies multiples, des troubles anxieux et dépressifs, une toux chronique sur reflux gastro-œsophagien et une sinusite chronique.

Afin de compléter ses allégations, l'assuré a informé l'OAI, le 12 décembre 2016, d'une aggravation de ses atteintes somatique et psychiatrique. A cet égard, il a produit une partie de son dossier médical auprès du W._____.

Appelées à se déterminer sur les divers rapports produits par l'assuré, les Dres T._____ et AB._____, médecins auprès du SMR, ont estimé dans un rapport du 22 mars 2017 que les troubles somatiques et psychiatriques décrits étaient déjà connus et largement discutés avant le jugement du 30 juin 2016.

b) Par projet de décision du 10 avril 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré entendre refuser d'entrer en matière sur sa seconde demande de prestations.

A teneur de son courrier du 23 mai 2017, l'assuré a fait valoir ses objections à l'encontre de ce préavis, invoquant l'aggravation de son état de santé depuis juin 2016, en raison du développement de sa maladie osseuse.

Par décision du 8 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations du 30 juin 2016 de l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

C. **a)** Le 19 août 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant toujours valoir une aggravation de son état de santé, propre à engendrer une révision au sens de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). A l'appui de son argumentation, il a produit un rapport du 23 octobre 2017

du Dr BC._____, spécialiste en rhumatologie, répondant à des questions soumises par le conseil de l'assuré. Selon ce praticien, le status de l'assuré ne permettait pas de poser un diagnostic et était globalement peu contributif. Il était toutefois potentiellement compatible avec une spondylarthropathie, même si l'impression clinique était que ce diagnostic n'expliquerait pas toutes les plaintes et surtout les autres anomalies observées, plutôt suggestives d'un problème musculaire intrinsèque non inflammatoire. Il ajoutait que l'assuré décrivait une aggravation de ses douleurs notamment le fond douloureux persistant. Il lui était également plus difficile de rester assis et les réveils nocturnes étaient plus fréquents. Par rapport à son examen clinique, les contractures musculaires tendaient à s'aggraver et les limitations à la mobilisation de son rachis apparaissaient augmentées. Lors de la consultation, l'assuré devait se lever plusieurs fois pour faire le tour de la salle. Le praticien indiquait avoir eu beaucoup de peine à le mobiliser au vu de l'apparition en réflexes de contractures multiples musculaires para-rachidiennes. Concernant la capacité de travail, le Dr BC._____ estimait difficile d'imaginer que l'assuré puisse réaliser une activité professionnelle. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin relevait en particulier qu'il lui était « difficile d'envisager un travail adapté pour ce patient tant qu'il parai[ssai]t invalidé dans les mouvements de sa vie quotidienne ».

Par projet de décision du 22 août 2019, l'OAI a annoncé qu'il projetait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Selon lui, les constatations du Dr BC._____ correspondaient à une appréciation différente d'un même état de fait.

b) Dans un courrier du 30 août 2019, l'assuré a objecté contre ce projet. Il a conclu qu'il était limpide qu'il existait une aggravation de son état de santé, propre à engendrer une révision, au sens de l'art. 87 RAI, et, subsidiairement, de faits importants nouveaux, de nature à justifier une révision, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). En substance, l'assuré a soutenu connaître une aggravation de

son état de santé depuis le mois de juin 2016, qui était mise en exergue par le Dr BC._____. Il a indiqué être dans l'attente d'examens médicaux complémentaires dans la mesure où sa symptomatologie restait encore à ce jour inexpliquée. A cet égard, il a produit un courrier du 13 mars 2018 du Dr BC._____, adressé au Service de pathologies neuromusculaires du W._____, aux termes duquel ce médecin demandait que l'assuré soit rencontré pour une consultation et dans lequel il avait notamment posé les diagnostics de contractures musculaires douloureuses et invalidantes para-rachidiennes, tout en indiquant ne pas avoir actuellement d'explication claire à la symptomatologie.

Par courrier du 2 octobre 2019, l'assuré a complété ses objections et maintenu intégralement ses conclusions du 30 août 2019. Il a en substance exposé souffrir d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, justifiant une incapacité de travail totale. A cet égard, il a porté au dossier les documents suivants :

- un rapport du 19 septembre 2019 du Dr EF._____, spécialiste en néphrologie et médecine interne générale, accompagné d'une fiche de diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), selon les critères de New York 2017, et d'un questionnaire relatif au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile / classique. Ce médecin avait rencontré l'assuré à la consultation des maladies rares et avait retenu les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), selon les critères de New York 2017, avec un score de Beighton 8/9 (critère I), des signes cliniques 6/12 (critère IIA), une anamnèse familiale positive (critère IIB) et des atteintes musculo-squelettiques 3/3 (critère IIC), ainsi que d'ostéoporose traitée par Aclasta, d'hernie hiatale, de surpoids et de status post appendicectomie ;
- un rapport du 30 septembre 2019 de la Dre FG._____, spécialiste en médecine interne générale, qui avait indiqué ce qui suit (sic) :

« [...] A côté de ses douleurs chroniques, il souffre également d'insomnie avec des parasomnies (il sort en pleine nuit et s'endort

dans le jardin, sans souvenir, faits rapportés par son épouse). Il présente des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles mnésiques, une hyperesthésie, des vertiges positionnels.

Son histoire médicale et surtout son dossier est rendue difficile par des multiples spécialistes intervenus sans véritables explications trouvées à sa symptomatologie [...]

Le 13 septembre 2019, il a été examiné par un médecin du W._____ spécialiste des maladies génétiques et orphelines et un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) a été retenu [...]. Il s'agit d'une maladie héréditaire du tissu conjonctif, mais le gène impliqué dans le sous-type présenté par M. J._____ n'est pas connu et ainsi le diagnostic repose sur des critères cliniques. [...]

L'errance diagnostic ainsi que la remise en question de sa crédibilité ont particulièrement affecté M. J._____ amenant à un épisode dépressif et aggravant sa difficulté de la gestion de la douleur motivant également la mise en place d'un suivi par un psychiatre, le Dr [...]. Il présente également une dépendance aux Z-drug qui causent en partie ses troubles du sommeil.

Cette problématique assortie à l'absence de revenu financier à son foyer, a amené de forts retentissements sur toute sa famille et M. J._____ a peu de ressource extérieure et financière. [...]

[...] Sa capacité de travail actuelle est nulle en raison de la fatigue, des troubles cognitifs évoqués, des douleurs musculo-squelettiques empêchant toute activité nécessitant une charge physique même moindre et également la dextérité qui est limitée par l'apparition de crampes aux mains. En effet dans ce syndrome, toute activité continue et prolongée peut engendrer des douleurs avec un effet de rémanence. Le pronostic général me semble rester très réservé compte tenu de la durée des symptômes. »

Selon un compte rendu de la permanence du SMR du 7 octobre 2019, le Dr Z._____, médecin SMR, a conclu au maintien du refus d'entrer en matière, dans la mesure où le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ne provoquait aucune nouvelle limitation fonctionnelle qui n'ait pas déjà été prise en compte. Il s'agissait dès lors d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 10 octobre 2019, accompagné d'un courrier du même jour, l'OAI a confirmé son projet du 22 août précédent et a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré. Il a considéré que, bien que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) soit en effet nouveau, celui-ci engendrait les mêmes

limitations fonctionnelles que celles prises en compte à l'appui des décisions précédentes. Par ailleurs, l'épisode dépressif, dont faisait mention la Dre FG._____ avait déjà été discuté lors de l'expertise effectuée en 2012 et qualifié de réactionnel à la problématique somatique. L'OAI a ainsi conclu que l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé du refus de prestation, justifiant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par arrêt du 14 janvier 2021 (AI 378/19 - 15/2021), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté le 14 novembre 2019 par l'assuré, dans la mesure de sa recevabilité, et a confirmé la décision rendue le 10 octobre 2019 par l'OAI. En substance, elle a considéré que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification notable de son invalidité susceptible d'influencer ses droits. A cet égard, elle a notamment constaté que la description du tableau clinique et des limitations fonctionnelles faite par le Dr BC._____ dans son rapport du 23 octobre 2017 était similaire voire identique à celle donnée par les médecins qui s'étaient exprimés antérieurement. Elle a aussi considéré que les conclusions du médecin prénommé se fondaient sur les plaintes du recourant et étaient peu et mal motivées. Le Tribunal de céans a en outre relevé que l'avis du Dr EF._____ du 19 septembre 2019, qui expliquait la symptomatologie douloureuse de l'assuré par l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, était essentiellement constitué d'une description générale dudit syndrome et ne reposait que sur les déclarations du recourant dès lors qu'il avait été renoncé à la réalisation d'une analyse génétique objective. Il a encore écarté l'avis de la Dre FG._____ au motif qu'elle ne faisait que reprendre à son compte les conclusions du Dr EF._____.

Par arrêt 9C_128/2021 du 10 mars 2022, le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'assuré contre l'arrêt du 14 janvier 2021.

D. En parallèle à cette procédure, le recourant a déposé une demande d'allocation pour impotent le 19 février 2021, laquelle a été rejetée par l'OAI dans une décision du 29 juillet 2022, confirmant un projet

de décision du 13 octobre 2021. Cette décision de l'intimé n'a pas été contestée devant le Tribunal de céans et est entrée en force.

E. **a)** Le 18 février 2022, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations faisant valoir une nouvelle fois une aggravation de son état de santé. A l'appui de cette nouvelle demande, il a produit un rapport d'évaluation psychiatrique établi le 26 janvier 2022 par le Dr GH._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la demande du conseil du recourant, dont on extrait ce qui suit (sic) :

« Limitations fonctionnelles

Au niveau du fonctionnement cognitif : Monsieur J._____ présente une diminution importante de l'attention et de la concentration, une perte de mémoire significative dans le quotidien et une atteinte dans la capacité d'intégration de nouveaux apprentissages. Comme exemples, il peut oublier qu'il a mis de l'eau à bouillir, se retrouver dans un lieu sans savoir le pourquoi il s'y est rendu, oublie ses rendez-vous de médecins.

Au niveau de l'équilibre somatique : on relève des douleurs chroniques rachidiennes et au niveau de la hanche qui sont invalidantes avec blocages du dos. Les douleurs provoquent des réveils nocturnes (3x/nuit) qui aggravent le trouble du sommeil de base. Le lendemain Monsieur J._____ est fatigué, a des maux de tête et n'est pas apte à se concentrer dans toute activité.

Au niveau de l'état psychologique : Monsieur J._____ présente une réduction majeure de ses capacités adaptatives. On relève un repli social important avec l'éloignement de ses amis. Il est évident que la symptomatologie dont il souffre a fragilisé son équilibre psychique en baissant son seuil de tolérance entre autres à l'agitation et au stress, et l'a contraint à s'isoler progressivement de la vie sociale. Il a également dû arrêter toute forme d'activité car le mouvement, la marche y compris, exacerbe ses douleurs. Monsieur J._____ présente une difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat, manifestant une grande fatigabilité au moindre effort de nature physique ou psychique. Il lui est visiblement impossible de se tenir à un horaire défini.

[...]

Evaluation du cas

Le syndrome d'hyperlaxité articulaire est une « maladie invisible ». Les personnes qui en souffrent n'ont pas de symptômes visibles et on pourrait penser qu'ils n'ont aucune restriction, mais fréquemment la douleur sévère et les limitations fonctionnelles les accompagnent tous les jours, comme c'est le cas pour Monsieur J._____. Ce dernier a par ailleurs souffert de l'absence d'explications de ses problèmes et dans certains cas de la sous-estimation de leurs manifestations cliniques. Cette situation l'a particulièrement affecté

ces 5 dernières années ou progressivement il a perdu l'espoir de trouver une réponse à ses difficultés. Il s'en est suivi une aggravation de ses symptômes avec : humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir, fatigue ou manque d'énergie, baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, attitude morose, sentiment de culpabilité/dévalorisation, baisse de la concentration et de l'attention, perte de mémoire, trouble du sommeil, anxiété, idées noires fréquentes et isolement social.

Monsieur J._____ présente actuellement une aggravation de son état dépressif, en comparaison à son état antérieur, avec une augmentation des symptômes en intensité, en fréquence et en nombre. Au vu des limitations fonctionnelles qui s'additionnent à son état dépressif, une incapacité de travail à 100 % est justifiée dans toute activité.

Monsieur J._____ n'a plus de vie sociale, reste à la maison la plupart du temps, ne participe pas aux activités de la vie quotidienne. Il présente des idées noires. Son état évolue depuis l'an 2000, depuis déjà 22 ans, avec aggravation progressive.

Il existe une comorbidité psychiatrique dans cette situation entre la dépression et le trouble somatoforme douloureux. Dans le DSM-5, la notion de « troubles somatoformes » a été remplacée par celle de « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Il s'agit des troubles mentaux dont la caractéristique principale est la prééminence de symptômes physiques associés à une détresse et à un handicap significatif. Cependant, le récent diagnostic de syndrome de Ehler-Danlos pourrait expliquer certains symptômes avant inexplicables.

En considérant les symptômes psychiques présentés par Monsieur J._____ qui vont en s'aggravant depuis l'an 2000 et suite à l'étude de sa biographie, un **trouble dépressif F32** est pleinement justifié en tant que diagnostic principal psychiatrique et cause une altération significative du fonctionnement professionnel, personnel et/ou social, ainsi qu'une souffrance significative chez Monsieur J._____ et sa famille. La dépression et le manque d'espoir sont aussi responsables d'une altération significative du fonctionnement global.

Le **trouble somatoforme F45** qui est comorbide, permet d'expliquer certains symptômes associés.

Capacité de travail et pronostic

Au vu des éléments évoqués : un épisode dépressif d'origine probablement multifactorielle, un trouble somatoforme incapacitant et une chronicisation des symptômes sur plus de 14 ans, nous statuons à la conclusion d'une incapacité de travail à 100 % dans toute activité.

Au vu de ce qui précède, les symptômes fonctionnels, les comorbidités somatiques et psychiatriques, l'isolement social, le manque de réponse thérapeutique et les problèmes cognitifs de Monsieur J._____, induisent une incapacité à intégrer le marché du

travail. Même avec de grandes adaptations, son état de santé ne lui permet qu'une activité occupationnelle dans le meilleur des cas.

Un suivi psychothérapeutique intensif et un traitement pharmacologique pourraient améliorer sa qualité de vie sur le plan existentiel, mais le pronostic reste sombre. [...] »

Le 12 août 2022, le recourant a produit un rapport réalisé le 9 août 2022 par le Prof. HK._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du [...], à la suite d'une consultation du 19 mai 2022, dont il ressort que les blocages ont progressivement augmenté en fréquence pour atteindre un épisode par mois. Il a également relevé (sic) :

« A l'examen clinique, j'observe un status neurologique normal à l'exception d'une discrète hypoesthésie au froid dans le territoire S1 à G [gauche]. Radioscopiquement, je note un spondylolisthésis sur la base d'une spondylolyse et le segment L5-S1 est instable. Les déplacements varient avec la position couché et debout. Le test de provocation segmentaire est positif pour les 2 derniers segments avec L5-S1 plus douloureux que L4-L5. Il éprouve également des douleurs au niveau des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1 ddc [des deux côtés]. Les hanches sont examinées avec provocation de douleurs et une réduction du rayon de mouvement à G.

Pour savoir si les douleurs sont d'origine articulaire, nous avons testé les articulations postérieures L4-L5, L5-S1 ddc avec une technique selon ISIS (Intervention Spine Intervention Society). Ce test s'est avéré complètement négatif, excluant ainsi à plus de 90 % la probabilité d'une cause articulaire à ses douleurs.

Ensuite, ce patient a été présenté au sein de notre groupe interdisciplinaire en présence de nos 3 chirurgiens rachidiens avec la conclusion que Monsieur J._____ présente une indication claire à une intervention chirurgicale avec spondylodèse instrumentée L5-S1. Pour cette raison, je propose à son médecin de famille, la Doctoresse FG._____, d'adresser ce patient à l'Unité de chirurgie spinale du W._____.

En ce qui concerne vos 5 questions, je pense que vous trouverez votre réponse pour les 2 premières dans ce que je viens de décrire. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles sont évidemment dues à l'intensité de ses douleurs et tout ce qui les provoquent.

Par rapport à votre 4^{ème} question, la pathologie dont souffre ce patient peut seulement être traitée avec une intervention chirurgicale et cette pathologie constitue probablement la meilleure indication pour ce type de reconstruction avec un taux de succès avoisinant les 85 à 90 % dans la littérature spécialisée dans ce domaine. Le pronostic sera ainsi défini par ce résultat. Il n'y a donc aucune raison de penser que le patient ne pourra pas reprendre son travail en cas d'amélioration après l'intervention chirurgicale. »

Par projet de décision du 21 septembre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'existait dans son dossier aucun élément rendant plausible que sa situation se soit notablement modifiée. En conséquence, l'OAI ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 27 octobre 2022, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité. Il a invoqué la violation de l'art. 87 al. 2 RAI, l'OAI ayant à tort refusé d'entrer en matière sur sa demande, alors que les deux rapports produits rendaient plausibles l'aggravation de son état de santé.

Par avis du 2 décembre 2022, le Dr KJ._____, médecin auprès du SMR, a relevé que l'ensemble des diagnostics posés par le Dr GH._____ dans son rapport du 26 janvier 2022 n'étaient pas nouveaux et avaient déjà fait l'objet d'une évaluation que ce soit dans le cadre de la décision initiale de refus ou, s'agissant du syndrome d'Ehlers-Danlos, dans le cadre de la procédure ayant abouti à l'arrêt du 14 janvier 2021, confirmé par le Tribunal fédéral. Il a par ailleurs relevé que l'assuré était sous Zolpidem 20mg au coucher (somnifère) et paracétamol, qu'il n'avait pas de traitement antidépresseur, ni n'avait été hospitalisé en psychiatrie et qu'en 2019, il avait pu travailler comme aide constructeur métallique. En ce qui concernait le rapport du 9 août 2022 du Prof. HK._____, le Dr KJ._____ a exposé qu'il en ressortait que les médecins consultés avaient exclu à plus de 90 % la probabilité d'une cause articulaire aux douleurs et qu'en définitive, la seule limitation fonctionnelle reconnue était l'intensité de la douleur qui était par définition subjective. Le médecin du SMR a donc confirmé que le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande était justifié, l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'étant pas rendue plausible.

Par décision du 5 décembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 septembre 2022 et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré. Par courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a repris les arguments développés par le Dr KJ._____ dans son avis du 2 décembre 2022 pour expliquer qu'aucun élément médical objectif ne

rendait plausible l'aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à sa demande initiale.

F. Par acte du 6 janvier 2023, J._____, toujours représenté par Me Duc, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur sa demande de prestations AI du 18 février 2022, qu'il instruisse cette demande, puis rende une nouvelle décision. En se fondant sur les rapports médicaux produits à l'appui de sa demande, le recourant fait valoir que l'OAI a violé l'art. 87 al. 2 RAI, en niant qu'il avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé. Par ailleurs, il remet en doute la valeur probante du rapport d'expertise du D._____ du 24 septembre 2012.

Par réponse du 22 février 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, renvoyant à l'analyse effectuée à sa demande le 2 décembre 2022 par le SMR.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande déposée le 18 février 2022 par le recourant au motif que la situation de celui-ci ne s'était pas notablement modifiée depuis la décision rendue le 9 février 2015 par l'intimé, dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel complet du droit à la rente et confirmée par arrêt du 30 juin 2016 de la Cour de céans.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI 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).

En l'occurrence, le recourant a déposé une nouvelle demande le 18 février 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable.

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 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. 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) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée, si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

5. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la quatrième demande AI déposée par le recourant le 18 février 2022,

estimant qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif rendant plausible une possible aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la situation qui prévalait en 2015. Le recourant estime que l'OAI aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande, compte tenu des éléments médicaux ressortant des rapports des 26 janvier 2022 du Dr GH._____ et 9 août 2022 du Prof. HK._____. Il soutient également qu'on ne saurait reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du D._____ de 2012.

b) S'agissant de ce dernier grief, il convient de relever que, dans l'arrêt du 30 juin 2016 (AI 67/15 - 265/2016), la Cour de céans a constaté que le rapport d'expertise du 24 septembre 2012 du D._____ remplissait entièrement les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Cet élément qui bénéficie de la force de chose jugée ne saurait être remis en cause de la cadre de la présente procédure. Partant, les critiques du recourant sur ce point sont irrecevables.

c) S'agissant des rapports des 26 janvier 2022 du Dr GH._____ et 9 août 2022 du Prof. HK._____, ils ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé du recourant.

aa) Sur le plan psychiatrique, les diagnostics mis en évidence par le Dr GH._____, à savoir le trouble dépressif et le trouble somatoforme, ont également été examinés dans le cadre de la demande initiale de prestations déposée par le recourant, lors de l'expertise menée en 2012 par le D._____. Pour rappel, l'expert psychiatre, dans le rapport du 24 septembre 2012, a retenu un trouble somatoforme douloureux ne remplissant pas les critères d'un trouble invalidant, en raison de l'apparition primaire de plaintes somatiques, en particulier douloureuses multiples et variables, ne pouvant être expliquées par un autre trouble psychique préexistant ou par un substrat organique jamais retrouvé, d'autant plus que certains signes témoignaient d'une exagération de la plainte, couplée à un comportement démonstratif, observé également dans son status (cf. p. 21 dudit rapport). L'expert psychiatre a également relevé une symptomatologie dépressive qui était fluctuante, pouvant

parfois temporairement diminuer légèrement le rendement, sans que cette diminution ne dépasse toutefois 10 à 20 %. En substance, l'expert psychiatre a observé que le recourant avait arrêté son traitement antidépresseur et que le suivi psychologique ne se déroulait qu'à une fréquence plutôt espacée, ce qui signalait l'absence de gravité du trouble dépressif (cf. p. 22 ibidem). Bien que la vie sociale du recourant s'était réduite, il n'y avait pas de perte de l'intégration sociale, car il voyait des amis même si c'était irrégulier, il gardait également des contacts avec sa famille (cf. p. 22 ibidem).

Dans son rapport du 26 janvier 2022, le Dr GH._____ se contente de poser le diagnostic de trouble dépressif sans indiquer si celui-ci est léger, moyen ou sévère. Ce praticien fait également remonter à l'an 2000, voire 2006, le début de l'aggravation des symptômes psychiques. Or, l'expertise menée par le D._____ a eu lieu en juillet 2012, sans que ce diagnostic n'ait été retenu. Par ailleurs, si le Dr GH._____ indique que l'état de santé de l'intéressé s'est aggravé, il ne le rend pas vraisemblable. Les symptômes qui, d'après ce médecin, démontreraient une aggravation de l'état de santé (humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir, fatigue ou manque d'énergie, baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, attitude morose, sentiment de culpabilité/dévalorisation, baisse de la concentration et de l'attention, perte de mémoire, trouble du sommeil, anxiété, idées noires fréquentes et isolement social) sont similaires, voire identiques, aux symptômes déjà présents lors de la première demande (cf. notamment rapport du 22 janvier 2012 des Drs S._____ et R._____ et expertise du 24 septembre 2012 du D._____). Si le Dr GH._____ affirme que le recourant n'a plus de vie sociale (p. 3 de son rapport), il indique également que l'intéressé souffre d'un « repli social important avec éloignement de ses amis » (p. 2 de son rapport). Or, cet élément avait déjà été évoqué et pris en compte dans l'expertise en 2012, le recourant souffrant d'une réduction de sa vie sociale. Il en va de même pour les troubles du sommeil qui avaient également été constatés dans cette expertise et qui étaient provoqués par les douleurs physiques (cf. p. 21 du rapport d'expertise du 24 septembre 2012 du D._____). L'expert psychiatre du D._____ avait aussi relevé de légers troubles de

la mémoire, sans retrouver de trouble de l'attention ou de la concentration (cf. p. 17 ibidem).

Tout comme les troubles de l'attention et les troubles mnésiques (cf. rapport du 30 septembre 2019 de la Dre FG. _____ : « troubles attentionnels et de la concentration la journée avec des oublis potentiellement dangereux [allumage cuisinière ou autre] »), les troubles du sommeil avaient déjà été évoqués, en vain, comme raison d'une aggravation de l'état de santé du recourant lors de la troisième demande (cf. décision de refus d'entrer en matière du 10 octobre 2019, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 14 janvier 2021 et par arrêt du 10 mars 2022 du Tribunal fédéral).

Ainsi, les éléments retenus dans le rapport du 26 janvier 2022 du Dr GH. _____ ne sont pas des éléments propres à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, ces éléments existant déjà par le passé.

En outre, le rapport du 26 janvier 2022 du Dr GH. _____ se fonde essentiellement sur les dires du recourant, sans que ces derniers aient été mis en perspective avec des éléments objectifs. Ainsi, le recourant n'apporte aucun élément objectivable vérifiable, notamment de nature clinique ou diagnostique, qui serait nouveau par rapport à l'expertise réalisée en 2012 et qui aurait été ignoré par le SMR, justifiant de s'écarter de ses conclusions, étant au surplus relevé que le recourant ne prend toujours pas de traitement antidépresseur. A cet égard, le fait que le Dr GH. _____ ait, dans son rapport du 26 janvier 2022, diagnostiqué, en plus du trouble somatoforme déjà retenu lors de l'expertise de 2012, un trouble dépressif n'y change rien, en tant qu'il se fonde sur le même tableau clinique et les mêmes plaintes de l'assuré décrits lors de l'expertise de 2012, ce médecin ne fait que substituer, pour un même état de fait, son propre avis à celui de l'expert.

bb) Sur le plan somatique, à la lecture du rapport du 9 août 2022 du Prof. HK. _____, on ne perçoit pas quel élément serait

susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, les diagnostics posés et leurs conséquences étant connus. D'ailleurs, le recourant ne l'explique pas non plus clairement dans son mémoire de recours, se contentant de retenir que, comme le Prof. HK. _____ recommande une intervention chirurgicale s'agissant du spondylolisthésis, cela sous-entendrait une aggravation, ce qui n'apparaît pas être à lui seul un élément suffisant pour rendre plausible une détérioration de son état de santé. Le Prof. HK. _____ ne relève en outre pas que le spondylolisthésis se serait aggravé et aurait un impact plus important que dans le passé sur la capacité de travail du recourant. Ce diagnostic n'est en effet pas nouveau et a été pris en compte par les médecins du SMR le 5 janvier 2015 pour évaluer la capacité de travail de l'intéressé lors de sa première demande de prestations AI. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Prof. HK. _____, soit l'intensité des douleurs, il s'agit d'un élément subjectif. Il faut noter que plusieurs médecins ont fait état d'une tendance à l'amplification des symptômes chez le recourant par le passé (cf. p. 20 de l'arrêt de la Cour de céans du 14 janvier 2021). Au vu de ce qui précède, les éléments apportés par le Prof. HK. _____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr KJ. _____, sur lesquelles se fonde la décision attaquée.

d) En définitive, la situation médicale du recourant est superposable à celle prévalant au moment de l'expertise de 2012 du D. _____ et des compléments d'instruction qui ont suivi. On ne peut donc que confirmer l'appréciation du SMR selon laquelle les rapports médicaux produits par le recourant ne rendent pas plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 9 février 2015. L'intimé a, à juste titre, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. f bis 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. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision rendue le 5 décembre 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 mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :