

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 janvier 2026

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
M. Neu et M. Wiedler, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Julien Pache, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 36 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, divorcé, père d'une fille et d'un garçon nés en \*\*\*, sous curatelle, au bénéfice d'un CFC de menuisier, a déposé, le 8 septembre 2011, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en indiquant avoir présenté une incapacité de travail totale des mois de juillet 2010 à janvier 2011, puis, à nouveau, dès le mois de mars 2011, en raison d'une dépression, avec deux tentamen médicamenteux et des problèmes d'alcoolémie, ainsi qu'en raison de « ligaments et ménisque du poignet droit partiellement déchirés ».

Le 30 septembre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a fait parvenir à l'OAI une copie de sa lettre du 8 septembre 2011, selon laquelle l'assuré avait subi une arthroscopie du poignet droit en mars 2005 et présentait maintenant une nouvelle décompression douloureuse de ce poignet.

Le 7 octobre 2011, C.\_\_\_\_\_ SA a transmis à l'OAI une copie des pièces médicales en possession de son médecin-conseil, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, à savoir notamment :

- un rapport d'expertise psychiatrique du 9 décembre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23) et le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, d'abus d'alcool secondaire (F10.1). Le rapport concluait qu'une reprise de l'activité de menuisier était exigible au moins à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, avec une augmentation progressive. A partir du 1<sup>er</sup> février 2011, la capacité de travail était à considérer comme entière, sous condition que l'assuré respecte une abstinence d'alcool stricte, si nécessaire avec une hospitalisation en milieu psychiatrique afin d'effectuer un sevrage ;

- un rapport du 11 mai 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, posant les diagnostics d'épisode dépressif et d'abus de consommation d'alcool ;

- un avis de sortie du 4 juillet 2011 du J.\_\_\_\_\_ (J.\_\_\_\_\_), dans lequel l'assuré avait été hospitalisé du 22 juin au 2 juillet 2011, posant les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de dépendance à l'alcool, abstinent en environnement protégé (F10.21) ;

- un rapport du 11 août 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré avait fait un premier tentamen médicamenteux en octobre 2010, puis un second en juin 2011. Ce rapport mentionnait un trouble de la personnalité, avec addiction à l'alcool, et une incapacité de travail justifiée sur le plan psychiatrique. Il y était précisé que la suite dépendrait de la possibilité pour l'assuré de rester abstinent, dans quel cas une reprise de travail était envisageable au 1<sup>er</sup> octobre 2011 à 100 %, en tant que menuisier.

Par rapport du 10 octobre 2011 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de dépendance à l'alcool (F10.21), en renvoyant aux rapports des 5 juillet et 15 août 2011 du J.\_\_\_\_\_, joints en annexe. Il a indiqué que, sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de nécessité de réadaptation, si l'assuré restait abstinent.

Le 20 octobre 2011, l'OAI s'est fait remettre une copie du dossier de la Caisse K.\_\_\_\_\_, comprenant notamment une déclaration de sinistre du 1<sup>er</sup> février 2005, annonçant un accident de ski survenu le 5 janvier 2003, ayant entraîné une déchirure des ligaments du poignet droit, et un protocole opératoire relatif à une arthroscopie du poignet droit le 23 mars 2005.

Par rapport du 9 décembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif récidivant, avec

quelques épisodes de tentamen et tendance à l'alcool, de sensibilité du rachis récidivante, de sensibilité persistante du poignet droit à la suite d'une chute à ski, avec infiltration sous scopie de l'articulation médio-carpienne droite, et de status post-arthroscopie du poignet droit en mars 2005, avec déchirure partielle du ligament luno-pyramidal et synovectomie par voie arthroscopique. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis la mi-mars 2011 et mentionné que les restrictions chez l'assuré concernaient les plans psychique et somatique. Il a précisé qu'il était essentiel de régler le problème alcoolique, ainsi que d'éviter des accidents sur le lieu de travail et une thymie trop fluctuante. Sur le plan physique, il paraissait raisonnable d'épargner le poignet droit et le rachis. Il a mentionné que l'évolution restait favorable, avec un pronostic plutôt bon, chez un assuré qui était pris en charge par la Fondation M.\_\_\_\_\_, où il bénéficiait d'une aide de travail depuis la fin du mois de novembre pour une activité à 50 %.

Selon un avis du 8 mars 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a suggéré la poursuite d'une mesure de réinsertion à titre d'instruction, afin de déterminer précisément la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles.

Par communication du 10 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Selon un rapport du 14 août 2012 adressé à l'OAI par le Dr L.\_\_\_\_\_, la situation de l'assuré, qui avait été intégré aux ateliers de la Fondation M.\_\_\_\_\_, s'était relativement stabilisée jusqu'à l'été, période où la consommation d'alcool s'était ensuite accentuée et où il avait été contrôlé positivement plusieurs fois à la Fondation, sa présence de plus en plus irrégulière ayant entraîné sa mise à pied.

Par rapport du 7 novembre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait, après une rechute alcoolique, pris lui-même la

décision de se mettre sous Antabus et avait été réintégré aux ateliers protégés de la Fondation M.\_\_\_\_\_, avant d'interrompre son traitement en raison du nombre élevé d'effets secondaires. Il a précisé n'avoir plus de nouvelles de l'assuré et avoir appris que ce dernier ne s'était pas présenté à la Fondation M.\_\_\_\_\_ et qu'il était fort probable qu'il ait recommencé à consommer de l'alcool.

Le 25 mars 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait pas beaucoup de modification dans l'évolution de l'état de santé de l'assuré, dans la mesure où le rapport à l'alcool restait toujours difficile, l'assuré demeurait fragile et les problèmes au poignet étaient bien présents.

Par retour de courrier du 10 avril 2013 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué ne plus avoir de nouvelles de l'assuré.

Par avis du 14 mai 2013, le SMR a conclu à la mise en œuvre d'un examen SMR orthopédique et psychiatrique pour déterminer précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, qui a été confié au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins, qui ont examiné l'assuré le 17 juin 2013, ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques du poignet droit, status après déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal (S63.5), de cervicalgies chroniques, de troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse et d'un poids insuffisant avec BMI à 16.6, ainsi que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de tabagisme chronique, de douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée, de status après arthroscopie du poignet droit, débridement d'une déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal et synovectomie par arthroscopie (23 mars 2005), de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé (F60.7) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Ils ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et

entière dans une activité adaptée, depuis mars 2005 sur le plan somatique et depuis le 1<sup>er</sup> février 2011 sur le plan psychiatrique, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port et le soulèvement de charges supérieures à 10 kg et les mouvements répétitifs du poignet droit.

Dans un rapport du 16 juillet 2013, le SMR a retenu, comme atteinte principale à la santé, un status après déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal, et, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, des douleurs chroniques du poignet droit, des cervicalgies chroniques, des troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse, des douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée, de status après arthroscopie du poignet droit, débridement d'une déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal et synovectomie par arthroscopie (23 mars 2005) et de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé (F60.7). Il a mentionné une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, puis de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, avec, comme limitations fonctionnelles somatiques, une inaptitude pour les activités avec port et soulèvement de charges supérieures à 10 kg et mouvements répétitifs du poignet droit.

Par courrier du 14 octobre 2013 à l'assuré, l'OAI a constaté que celui-ci ne s'était pas présenté aux rendez-vous des 5 septembre et 14 octobre 2013, destinés à examiner la mise en place de mesures de reconversion professionnelle, et lui a imparti un délai au 15 novembre 2013 pour confirmer, par écrit, qu'il souhaitait bénéficier de mesures de réadaptation. A défaut de réponse, il serait mis un terme aux démarches de réadaptation et le taux d'invalidité serait alors évalué pour qu'un projet de décision puisse ensuite être notifié sur cette base.

Par courrier du 12 novembre 2013 à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il allait prochainement demander une IRM [imagerie par résonance magnétique] complète à son médecin traitant, dès lors que son poignet droit et son épaule ne fonctionnaient plus, qu'il avait un début d'arthrose à la nuque, que son nerf sciatique gauche lui faisait mal depuis plus de trois

mois et que l'examen du SMR du 17 juin 2013 avait révélé que son dos était « foutu ». Quant aux mesures de réadaptation, il restait disponible et collaborerait pleinement.

Par décision du 24 mars 2014, confirmant un projet de décision du 11 février 2014, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une mesure de reclassement et d'une rente d'invalidité. Il a constaté que, si sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de menuisier, elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port ou soulèvement de charges supérieures à 10 kg et sans mouvements répétitifs du poignet droit. Dans le cadre de l'examen de la situation, il a relevé que le service de réadaptation avait convoqué l'assuré à plusieurs reprises, sans succès et qu'il avait ainsi été mis un terme aux démarches de réadaptation en raison de son absence de collaboration. Le taux d'invalidité a été calculé en se basant sur les données statistiques, tant s'agissant du revenu avec invalidité que de celui sans invalidité. Le taux de 7 % ainsi obtenu était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Le 8 juillet 2014, l'Office des curatelles et tutelles professionnelles a informé l'OAI qu'une curatelle provisoire avait été prononcée en faveur de l'assuré.

**B.** Les 26 septembre et 16 octobre 2018, l'Office des curatelles et tutelles professionnelles a transmis à l'OAI une demande de prestations AI remplie par l'assuré le 5 septembre 2018. Cette demande faisait état de douleurs multiples, notamment du rachis et du membre supérieur droit, d'un épisode dépressif et d'une utilisation compulsive d'alcool.

Par courrier du 18 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré, par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, qu'il considérait sa demande de révision comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait dès lors d'établir de façon plausible, dans un délai de 30 jours, que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Le 5 novembre 2018, l'OAI a indexé un rapport du 22 juillet 2014 relatif à une radiographie de la colonne cervicale, un rapport du 25 mai 2018 relatif à une radiographie de la colonne dorsale, concluant à une hypercyphose dorsale modérée, avec discopathies dégénératives et quelques petites séquelles de Scheuermann, ainsi qu'un certificat du 5 novembre 2018 du Dr BB.\_\_\_\_\_, chiropraticien, selon lequel l'assuré était suivi, depuis le 18 mai 2018, pour traiter des cervico-dorso-lombalgies chroniques.

Par rapport du 13 novembre 2018 adressé à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'alcoolisme chronique, d'épisodes dépressifs réactionnels avec troubles de l'adaptation, de trouble de l'alimentation dans le contexte de cette problématique psychologique, avec perte de poids régulière, de lombosciatalgies persistantes dans le cadre de maladies dégénératives et maladie de Scheuermann, de scapulalgies droites d'origine peu claire, probablement réactionnelles à la problématique de son poignet et trouble de la statique et de l'utilisation du membre supérieur droit, et de status post-arthroscopie du poignet droit en mars 2005, avec déchirure partielle du ligament luno-pyramidal et synovectomie par voie arthroscopique et sensibilité persistante de ce poignet à la suite d'une chute à ski. Le médecin a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était générale, avec, au premier plan, la problématique psychologique et psychiatrique, avec un assuré gérant extrêmement mal ses activités de la vie quotidienne, limité par une consommation compulsive d'alcool et un trouble de l'humeur et ayant dû être placé sous curatelle volontaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé que les douleurs ne s'arrangeaient guère, l'âge avançant, avec un possible déconditionnement surajouté. Ce médecin a expliqué qu'il n'avait pas fait de réévaluation spécialisée, si ce n'était pour l'épaule droite, sans qu'aucune sanction chirurgicale n'ait toutefois été retenue. Pour les autres diagnostics évoqués, une composante dégénérative était probablement au premier plan, avec maladie chronifiée et traitement symptomatique au premier plan. Selon lui, l'incapacité de travail restait totale et le pronostic semblait sombre au vu de l'âge de l'assuré, de la durée de l'incapacité de travail et de l'impossibilité à reprendre un rythme professionnel et une

rentabilité chez lui. L'adaptation à des horaires strictes indispensable à toute activité professionnelle était bien entendu également impossible. En outre, la gêne ressentie au membre supérieur droit dominant rendait impossible le port de charges et les efforts répétitifs. Enfin, la maladie de Scheuermann nécessitait que l'on respecte des mesures d'épargne du rachis, le métier de menuisier étant bien entendu incompatible avec ce qui précédait.

Par décision du 4 juin 2019, signée par BC.\_\_\_\_\_, gestionnaire auprès de l'OAI, confirmant un projet de décision du 5 avril 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assuré, dès lors qu'il n'avait pas pu constater de modifications notables de sa situation professionnelle ou médicale. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**C.** Le 27 novembre 2023, l'OAI a reçu une demande de prestations AI pour adultes au nom de l'assuré, remplie le 17 novembre 2023 par la nouvelle curatrice de celui-ci, récemment nommée le 2 octobre 2023.

Par courrier du 7 décembre 2023, l'OAI a informé le Service des curatelles et tutelles professionnelles qu'il considérait la demande de révision comme une nouvelle demande et qu'il fallait dès lors établir de façon plausible, dans un délai de 30 jours, que l'invalidité de l'assuré s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon un rapport du 27 décembre 2023 adressé à l'OAI par son physiothérapeute, BD.\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'une cyphose dorsale, de cervicalgies, d'irradiations de l'épaule gauche et de lombalgies.

Le 8 janvier 2024, l'OAI a indexé un rapport du 18 décembre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit [sic] :

« (...) Je confirme vous suivre à ma consultation depuis de nombreuses années dans le cadre de nombreux soucis physiques et psychologiques, qui ont abouti à une impossibilité complète de

pratiquer votre profession de menuisier vous trouvant actuellement au social.

La principale problématique reste chez vous un syndrome douloureux extrêmement invalidant, touchant essentiellement le rachis et les membres supérieurs.

Nous avons effectué à l'époque différents bilans complémentaires qui n'avaient pas retenu d'indication chirurgicale au niveau du rachis, avec prise en charge symptomatique dans un contexte dégénératif. Ne pratiquant aucune activité professionnelle, pouvant vous reposer et adapter au mieux toutes les mesures d'épargne du rachis, vous continuez toutefois à être gêné, et étant dans l'obligation d'effectuer de la physiothérapie de manière régulière associée à de l'ostéopathie qui permettent une situation à peu près satisfaisante et une mobilité adéquate.

Vos épaules et votre organisme présentent par ailleurs également des processus dégénératifs avec au niveau du poignet droit différentes interventions chirurgicales déjà effectuées puis infiltrations de cortisone qui n'ont malheureusement pas permis une bonne résolution et qui avait contribué en grande partie à l'arrêt de votre profession.

Dans ce contexte-là, vous présentez bien entendu une thymie fragilisée qui justifie un soutien médicamenteux ponctuel avec troubles du sommeil associés le tout justifiant un soutien médicamenteux permettant de stabiliser les choses.

Cette problématique psychologique n'arrange en rien une consommation d'alcool excessive qui fluctue un peu selon votre humeur, mais rend bien entendu également la reprise de toutes activités professionnelles complètement illusoire. »

Par projet de décision du 8 février 2024, l'OAI a informé l'assuré, par le Service des curatelles et tutelles professionnelles, de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 27 novembre 2023, dès lors que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement dans sa situation.

Par courrier du 21 février 2024, la curatrice de l'assuré a demandé à l'OAI une prolongation de délai afin d'obtenir un complément d'information, l'assuré ayant rendez-vous chez le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le 5 mars 2024.

Le 13 mars 2024, l'assuré a contesté le projet de décision du 8 février 2024 et requis une prolongation de délai pour faire parvenir des rapports complémentaires. Il a expliqué que sa situation ne lui permettait

plus du tout de travailler. En effet, son arthrose à la nuque, sa scoliose et la maladie de Scheuermann l'empêchaient de rester assis et debout trop longtemps, de marcher plus de 20 minutes au plat et de faire le ménage, à cause des pauses régulières qu'il devait faire, le pire étant la lessive et la vaisselle. Il a encore expliqué souffrir des deux épaules et de maux de tête, ainsi que de son poignet droit, qui ne s'était jamais vraiment remis de son accident, malgré une opération et deux infiltrations.

Dans le délai prolongé au 20 avril 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ a, par courriel du 20 mars 2024, transmis à l'OAI un rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2024, dont il ressort notamment ce qui suit [sic] :

« (...) Menuisier dans sa 58ème année, ne sachant plus depuis quand il ne travaille plus, dépendant actuellement des services sociaux, effectuant sa troisième demande AI, les deux premières effectuées en 2011 et 2018 ayant été refusées, annonçant être « coincé » du dos depuis l'étage cervical à lombaire et des épaules depuis des années (dix ans en tout cas).

Il présente également des douleurs chroniques du poignet droit, avec mise en évidence par voie arthroscopique en mars 2005 (Dr B. \_\_\_\_\_) d'une déchirure partielle du ligament luno-pyramidal avec synovectomie (débridement au Shaver), échec d'infiltration sous scopie de l'articulation médio-carpienne droite en octobre 2011, sans amélioration durable significative.

Des radiographies de la colonne cervicale face et profil et incidence du Nageur de profil de juillet 2014, décrivant la présence de troubles dits dégénératifs de C3-C4 à C5-C6 avec ostéophytose, des calcifications pariétales attribuées à une athéromatose en regard des bifurcations carotidiennes, sur le cliché de face.

Des radiographies de la colonne dorsale face et profil de mai 2018, concluant à une hyper-cyphose dorsale modérée, avec discopathie dégénérative et quelques petites séquelles de maladie de Scheuermann. (...)

**Appréciations :**

Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente des cervico-dorso-lombalgies chroniques, survenant dans le cadre d'un tabagisme chronique, une dépendance à l'alcool, ainsi qu'un déconditionnement physique global important.

D'un point de vue rhumatologique strict, les dernières radiographies de la colonne lombaire et cervicale ne mettent pas en évidence d'imagerie orientant vers une pathologie fracturaire, métabolique toxique ni inflammatoire.

On doit admettre que la symptomatologie douloureuse ostéo-articulaire est non spécifique, ce qui ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes.

Considérant l'hypomyotrophie généralisée, l'insuffisance pondérale et une corpulence frêle, la capacité de travail médico-théorique d'un

point de vue rhumatologique entre autres, est nulle pour l'activité de menuisier chef d'atelier machiniste. Il en va de même pour toute activité physique moyennement lourde à lourde, activité nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit, l'utilisation d'engins vibrants aux mains.

D'un point de vue du diagnostic différentiel, on pourrait évoquer, considérant la dépendance à l'alcool, à une myopathie toxique avec possible polyneuropathie, raison pour laquelle je vous proposerais d'adresser Monsieur A. \_\_\_\_\_ au neurologue de votre choix. De même, considérant la dépendance à l'alcool, une évaluation neuro-psychologique, afin de déterminer les ressources cognitives, me semble indiquée. Ceci afin de déterminer si Monsieur A. \_\_\_\_\_ a les ressources cognitives nécessaires pour effectuer une éventuelle reconversion professionnelle, qui d'un point de vue psychosocial, me paraît cependant illusoire.

Enfin, on pourrait adresser Monsieur A. \_\_\_\_\_ au psychiatre de votre choix, afin de déterminer si la dépendance à l'alcool, à valeur de maladie avec répercussions sur la capacité de travail dans toute activité professionnelle. »

Ce rapport était accompagné d'un rapport du 23 février 2024 relatif à des radiographies de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, concluant à une uncarthrose C5-C6 et à l'absence de pincement discal cervical ou lombaire.

Dans un avis du 19 juin 2024, le SMR a conclu qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux objectifs nouveaux permettant une entrée en matière, les conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_ étant similaires à celles de la première demande et la dépendance à l'alcool étant connue de longue date. En outre, il n'était pas apporté d'éléments neurologiques, ni psychiatriques objectifs nouveaux, en faisant exclusion du contexte psychosocial.

Par décision du 19 juin 2024, signée par BC. \_\_\_\_\_ et confirmant le projet de décision du 8 février 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 27 novembre 2023, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement dans la situation de l'assuré.

**D.** Par courrier du 18 juillet 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Julien Pache, a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal une demande d'assistance judiciaire.

Par courrier du 22 juillet 2024, la juge instructrice a informé l'assuré, par son mandataire, qu'à défaut du dépôt d'un acte de recours, il ne pouvait pas être statué en l'état sur sa requête d'assistance judiciaire, qui était gardée en suspens dans l'attente du dépôt d'un recours.

**E.** Par acte déposé le 19 août 2024, A. \_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en expliquant qu'il lui était impossible de reprendre le travail, car il ne pouvait pas rester debout trop longtemps et avait de la peine à faire ses tâches ménagères. Il a également exposé avoir fait deux tentamen entre 2009 et 2010 et avoir été suivi par le Dr L. \_\_\_\_\_ durant plusieurs années. Il a indiqué que son poignet droit ne s'était jamais complètement remis, que l'arthrose à la nuque et un début de maladie de Scheuermann lui bloquaient l'épaule droite et trois vertèbres et qu'il avait un début d'arthrose à la hanche gauche.

Par ordonnance du 26 août 2024, la juge instructrice a accusé réception du recours déposé le 19 août 2024 et imparti un délai de dix jours au recourant pour transmettre la décision contre laquelle il recourait, ainsi que l'enveloppe qui la contenait.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2024, l'assuré a complété son recours par « une demande de révision de l'AI » et requis la « destitution » de Mme BC. \_\_\_\_\_, gestionnaire en charge de son dossier auprès de l'OAI, celle-ci ayant déjà rendu une décision de refus d'entrer en matière le concernant le 4 juin 2019. Il a transmis une copie de la décision rendue le 4 juin 2019 par l'OAI, ainsi qu'une copie de celle rendue le 19 juin 2024. Il a également transmis une copie de rapports déjà présents au dossier, à savoir les rapports des 13 novembre 2018 et 18 décembre 2023 du Dr G. \_\_\_\_\_, le rapport du 27 décembre 2023 de BD. \_\_\_\_\_, physiothérapeute, et le rapport du 4 mars 2024 du Dr O. \_\_\_\_\_ et son

annexe. Il a, en outre, produit un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une double pathologie psychologique et physique particulièrement invalidante, qui avait justifié des suivis spécialisés ponctuels et qui s'était chronifiée sur tous les plans, le rendant complètement inapte au travail de menuisier, voire de pratiquer toute autre profession, ainsi qu'un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 9 août 2024, dont il ressort notamment que les diagnostics ne s'étaient pas modifiés depuis les demandes effectuées il y a plusieurs années déjà, et notamment en 2018.

Par courrier du 18 septembre 2024, la juge instructrice a indiqué à Me Pache qu'elle considérait que le recours du 19 août 2024 concernait la décision rendue par l'OAI le 19 juin 2024, dont copie avait été transmise par le recourant. Elle lui a, en outre, imparti un délai au 18 octobre 2024 pour indiquer si le recourant maintenait sa demande d'assistance judiciaire, déposée le 18 juillet 2024, et si ce dernier entendait formellement demander la révision de la décision du 4 juin 2019, également transmise en copie.

Par courrier du 17 octobre 2024, Me Pache a confirmé qu'il représentait les intérêts du recourant et requis que la demande d'assistance judiciaire du 18 juillet 2024 soit considérée rétroactivement depuis le 3 juillet 2024.

Par décision du 21 octobre 2024, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 19 août 2024, sous forme d'une exonération des avances et frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Julien Pache. Le chiffre III de cette décision, qui prévoyait que le recourant devait payer une franchise mensuelle de 50 fr., a été annulé par décision du 25 novembre 2024 de la juge instructrice, qui a dispensé le recourant de verser une franchise mensuelle.

Dans le délai prolongé pour ce faire par la juge instructrice au 3 janvier 2025, le recourant, sous la plume de Me Pache, a indiqué, le 17

décembre 2024, qu'il renonçait à la destitution de Mme BC.\_\_\_\_\_ et a déposé un complément au recours, au pied duquel il a conclu à la réforme de la décision du 19 juin 2024, en ce sens qu'une rente complète d'invalidité lui était accordée dès le 17 novembre 2023 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Il a fait valoir qu'il présentait des limitations fonctionnelles somatiques extrêmement invalidantes touchant son rachis et ses membres supérieurs, notamment son poignet droit, qui l'empêchaient de travailler, car il devait se reposer et adapter au mieux toutes les mesures d'épargne du rachis. Il a également allégué qu'il présentait des troubles psychiques en raison de sa dépression, ainsi que de son trouble de la personnalité dépendante, avec dépendance à l'alcool, qui ne lui permettaient pas de travailler. Il était donc pertinent, selon lui, de se demander si cette dépendance constituait une maladie affectant sa capacité de travail. Il a rappelé que la mesure de réinsertion à la Fondation M.\_\_\_\_\_ en 2013 avait échoué, dès lors qu'il ne parvenait pas à être sobre, ni à assurer son travail, étant souvent absent, ce qui démontrait qu'il n'existait aucune activité adaptée à son état de santé. Il a également relevé que, si l'OAI entendait s'écarter des rapports des Drs G.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, il ne pouvait pas simplement le faire en se référant à l'avis du SMR, mais aurait dû ordonner une expertise. Le recourant a enfin mentionné que les rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ des 18 décembre 2023 et 4 mars 2024 établissaient plus clairement son état de santé et ses limitations fonctionnelles et montraient une aggravation significative de son état de santé, notamment en identifiant des symptômes et des limitations fonctionnelles, qui n'avaient pas été correctement évalués ou pris en compte dans les avis antérieurs. Ainsi, ces éléments justifiaient la révision des précédentes décisions de l'OAI.

Par réponse du 30 janvier 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il s'est référé à l'avis du SMR du 19 juin 2024, dont il ressortait que les pièces versées au dossier ne rendaient pas plausible une modification significative de l'état de santé du recourant depuis la décision du 24 mars 2014. Il a relevé que l'échec des mesures de réinsertion, mises en place dans le courant de l'année

2013, existait déjà avant la décision initiale du 24 mars 2014. L'intimé a encore mentionné qu'il semblait, à la lecture du recours, que le recourant souhaitait l'examen d'une révision procédurale de la décision du 24 mars 2014. Outre le fait que cet aspect ne faisait pas partie du présent contentieux, le délai de prescription absolu de dix ans était dépassé.

Répliquant le 9 avril 2025, le recourant, sous la plume de son mandataire, a relevé que le délai de prescription n'était pas dépassé, dès lors que le délai de péremption de dix ans ne s'appliquait pas à la révision d'une décision pour un motif matériel. Il a allégué qu'il existait de nouveaux rapports, qui attestaient que la dépendance devait être analysée sous l'angle de la maladie, ce dont la décision du 24 mars 2014 n'avait pas tenu compte. Ainsi, en tenant compte de la dépendance à l'alcool en tant que maladie, couplée aux atteintes physiques, le taux d'invalidité ne pouvait être que supérieur à celui retenu en 2014. Il a également produit un certificat du 21 mars 2025 du Dr G.\_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une péjoration de sa symptomatologie douloureuse qui avait justifié un contrôle médical, avec une intensification du traitement médicamenteux et la reprise de la physiothérapie.

Par duplique du 14 mai 2025, l'intimé a réitéré ses conclusions, qui consistaient au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

### **E n d r o i t :**

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des férias estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 27 novembre 2023.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 27 novembre 2023. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

**4.** Dans un grief de nature formelle, le recourant a requis, dans un premier temps, la « destitution » de BC.\_\_\_\_\_, gestionnaire en charge de son dossier auprès de l'OAI et signataire de la décision du 19 juin 2024, dès lors que celle-ci avait déjà rendu une décision de refus

d'entrer en matière le concernant le 4 juin 2019. Il a ensuite lui-même renoncé à demander cette « destitution » dans son courrier du 17 décembre 2024, de sorte que ce grief peut être écarté. Il aurait de toute façon été rejeté pour les motifs suivants.

**a)** La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1).

L'art. 36 LPGA vise toutes les personnes impliquées dans l'instruction du dossier qui peuvent avoir une influence sur la décision à intervenir. Il n'est en revanche pas déterminant qu'elles établissent concrètement la décision. Sont ainsi concernés au premier chef les gestionnaires de dossiers auprès des différents assureurs sociaux ainsi que leurs collaborateurs spécialisés (juristes, etc.), mais également les médecins et autres spécialistes, qu'ils appartiennent à l'organisation de l'assureur ou qu'ils fonctionnent dans un service externe (Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, 2<sup>e</sup> éd., n. 7 ad art. 36 LPGA).

Les motifs tenant à l'organisation interne de l'assureur, par exemple le fait qu'un collaborateur intervienne à plusieurs reprises dans le même dossier, ne sont pas une raison de douter de son impartialité, même si ses avis ont pu être défavorables à l'assuré (Anne-Sylvie Dupont, op. cit., n. 12 ad art. 36 LPGA et les références).

La récusation peut s'imposer même si une prévention effective n'est pas établie ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des

personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 127 I 196 consid. 2b et les références citées).

**b)** En l'occurrence, s'agissant d'éventuels motifs de récusation à l'égard de la gestionnaire de dossier survenus en cours d'instruction, il appartenait au recourant de les soulever en temps utile devant l'OAI. En outre, la LPGA et la LAI, de même que leurs dispositions d'application, n'imposent pas la récusation d'office de l'auteur d'une première décision en cas de dépôt d'une nouvelle demande. Il n'y avait donc aucune raison justifiant que la gestionnaire de dossier, déjà en charge de la deuxième demande du recourant, se dessaisisse de l'affaire à la suite de sa troisième demande. Pour le surplus, le recourant ne présente aucun motif objectif de récusation à l'encontre de la gestionnaire de dossier. Il se contente de relever qu'elle a déjà traité sa deuxième demande. Les pièces du dossier ne font par ailleurs pas ressortir de circonstances susceptibles de fonder une apparence de prévention de la part de la gestionnaire de dossier.

**5. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** A l'appui de son recours, le recourant invoque, d'une part, l'art. 53 LPGA relatif à la révision des décisions (cf. complément de recours du 17 décembre 2024, p. 16 ss) et, d'autre part, les art. 17 LPGA et 87 RAI, relatifs à la révision d'une rente d'invalidité pour l'avenir (cf. réplique du 9 avril 2025). Toutefois, contrairement à ce que semble penser le recourant, ces dispositions ne peuvent être invoquées indistinctement, dès

lors qu'elles impliquent deux procédures différentes. En effet, comme l'a souligné l'intimé, l'application de l'art. 53 LPGA sous-tend une procédure de révision d'une décision entrée en force. En ce sens, elle impliquerait d'examiner s'il existe des motifs de révision, au sens de l'art. 53 LPGA, qui pourraient conduire à l'annulation de la décision prise le 24 mars 2014 et, le cas échéant, à l'examen de l'octroi d'une rente en relation avec la première demande formulée le 8 septembre 2011. Or une telle question n'est pas l'objet de la décision entreprise qui porte sur le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 27 novembre 2023. A cet égard, le recourant n'invoque aucun moyen permettant d'établir un motif de révision de la décision du 24 mars 2014, son argumentation tendant uniquement à tenter de démontrer que son état de santé s'est modifié, respectivement aggravé, depuis la décision précitée. Dès lors, pour autant que l'on doive interpréter l'invocation de l'art. 53 LPGA et les conclusions implicites que l'on pourrait en comprendre comme étant une demande de révision de la décision du 24 mars 2014, elles excèdent l'objet de la contestation, limité au refus d'entrer en matière sur la demande déposée le 27 novembre 2023, et sont donc irrecevables.

Par ailleurs, le recourant a conclu à l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Là encore, ce point excède l'objet de la contestation et la conclusion du recourant est irrecevable.

**c)** En définitive, le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit ainsi de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir la décision du 24 mars 2014 refusant l'octroi d'une mesure de reclassement et d'une rente d'invalidité, et la décision litigieuse du 19 juin 2024 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**6. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** 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).

**d)** 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).

**e)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

**7.** En l'espèce, par décision du 19 juin 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 27 novembre 2023 par le recourant. Il incombe, dans ce contexte, à la

Cour de céans d'examiner si les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de cette demande établissent, de manière plausible, une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue par l'intimé le 24 mars 2014, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen du droit aux prestations.

**a)** La première demande de prestations, déposée le 8 septembre 2011, fait mention, comme atteinte à la santé, d'une dépression, de problèmes d'alcoolisme et d'une déchirure des ligaments et ménisque du poignet droit. Selon les rapports recueillis par l'OAI lors de l'instruction de cette demande, le recourant souffrait, sur le plan psychique, d'un trouble de la personnalité dépendante, d'un épisode dépressif et d'une dépendance à l'alcool (cf. rapports des 9 décembre 2010, 11 mai, 4 juillet, 11 et 15 août, 10 octobre et 9 décembre 2011 des Drs D.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et du J.\_\_\_\_\_). Sur le plan physique, le recourant avait subi une arthroscopie le 23 mars 2005 à la suite d'un accident de ski survenu le 5 janvier 2003, qui avait entraîné une déchirure des ligaments du poignet droit (cf. déclaration de sinistre du 1<sup>er</sup> février 2005, protocole opératoire relatif à une arthroscopie du poignet droit et courrier du 8 septembre 2011 du Dr B.\_\_\_\_\_).

Faisant suite aux rapports des 14 août et 7 novembre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, selon lesquels le recourant rencontrait toujours des problèmes d'alcool, au rapport du 25 mars 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_, dont il ressortait que le recourant restait fragile, avec un rapport à l'alcool toujours difficile et des problèmes au poignet et à l'avis du 14 mai 2013 du SMR, un examen SMR, avec un volet orthopédique et un volet psychiatrique, a été confié aux Drs N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, qui ont examiné le recourant le 17 juin 2013. Ces médecins ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques du poignet droit, status après déchirure partielle du ligament lunéopyramidal (S63.5), de cervicalgies chroniques, de troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse et d'un poids insuffisant avec BMI à 16.6, ainsi que les diagnostics, sans répercussion

sur la capacité de travail, de tabagisme chronique, de douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée, de status après arthroscopie du poignet droit, débridement d'une déchirure partielle du ligament lunéopyramidal et synovectomie par arthroscopie (23 mars 2005), de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé (F60.7) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Le rapport des médecins précisait que, du point de vue psychiatrique, la consommation d'alcool du recourant n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et n'était pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. En outre, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité décompensé, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui était inchangé depuis de nombreuses années, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'était pas retenu. Le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé, était retenu, mais sans valeur incapacitante, le recourant n'ayant pas d'antécédents psychiatriques jusqu'en 2010 et ayant été capable d'entreprendre une formation professionnelle et d'assumer ses responsabilités autant dans sa vie privée que professionnelle (cf. pp. 9 et 10 du rapport d'examen clinique du 17 juin 2013). En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie chronique et incapacitante et la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques. En définitive, les Drs N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port et le soulèvement de charges supérieures à 10 kg

et les mouvements répétitifs du poignet droit, depuis mars 2005 sur le plan somatique et depuis le 1<sup>er</sup> février 2011 sur le plan psychiatrique.

Se basant sur l'examen SMR du 17 juin 2013 et sur le rapport du SMR du 16 juillet 2013 l'ayant suivi, l'OAI a retenu, dans sa décision du 24 mars 2014, que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de menuisier, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par les Drs N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, à savoir pas de port ou de soulèvement de charges supérieures à 10 kg, ni de mouvements répétitifs du poignet droit.

**b)** Dans le cadre de sa troisième demande de prestations du 27 novembre 2023, le recourant a produit un rapport du 27 décembre 2023 de BD. \_\_\_\_\_, physiothérapeute, un rapport du 18 décembre 2023 du Dr G. \_\_\_\_\_ et un rapport du 4 mars 2024 du Dr O. \_\_\_\_\_. Se basant sur un avis du SMR du 19 juin 2024, selon lequel il n'était pas apporté d'éléments médicaux objectifs nouveaux, l'OAI a, par décision du même jour, refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 27 novembre 2023. Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2019, un rapport du 9 août 2024 et un certificat du 21 mars 2025, tous du Dr G. \_\_\_\_\_. Ces trois rapports ne peuvent toutefois pas être pris en compte, dès lors qu'ils ont été produits à un stade ultérieur à celui de la procédure administrative (cf. *supra* consid. 6e). On notera toutefois que ces rapports ne contiennent aucun élément nouveau, dont le Dr G. \_\_\_\_\_ n'aurait pas déjà fait état dans ses rapports précédents, notamment dans celui du 18 décembre 2023, qui mentionne des problèmes du rachis, des épaules et du poignet droit, ainsi que l'existence d'un processus dégénératif, ce médecin indiquant par ailleurs, dans son rapport du 9 août 2024, que les diagnostics ne s'étaient pas modifiés depuis les demandes de prestations effectuées auparavant, notamment en 2018.

**c)** Ainsi, seuls les rapports établis par le Dr G. \_\_\_\_\_ le 18 décembre 2023, BD. \_\_\_\_\_ le 27 décembre 2023 et le Dr O. \_\_\_\_\_ le 4 mars 2024 peuvent être pris en compte et il convient d'examiner si ces

rapports permettent de rendre plausible une modification ou une aggravation de l'état de santé du recourant.

**aa)** Dans son rapport du 18 décembre 2023, le Dr G. \_\_\_\_\_ commence par confirmer qu'il suit le recourant depuis de nombreuses années dans le cadre de nombreux problèmes physiques et psychologiques ayant abouti à une incapacité de travail totale dans la profession de menuiser. Il ne fait toutefois aucune mention d'une aggravation particulière de ces problèmes, ni ne pose aucun diagnostic nouveau. A cet égard, le Dr G. \_\_\_\_\_ indique que la principale problématique du recourant reste un syndrome douloureux extrêmement invalidant, touchant essentiellement le rachis et les membres supérieurs. Or cette problématique n'est pas nouvelle, le Dr G. \_\_\_\_\_ en faisant déjà état dans son rapport du 9 décembre 2011, ainsi que le Dr N. \_\_\_\_\_ qui, lors de son examen du 17 juin 2013, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques du poignet droit, status après déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal (S63.5), de cervicalgies chroniques et de troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse, ainsi que celui, sans effet sur la capacité de travail, de douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée. Le SMR a, dans son avis du 16 juillet 2013, tenu compte de ces diagnostics et a, en plus, retenu comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité les douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée et le status après arthroscopie du poignet droit. On notera ici que la problématique somatique a, en outre, été prise en compte dans l'énumération des limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de port et de soulèvement de charges supérieures à 10 kg et les mouvements répétitifs du poignet droit, visant à soulager les problèmes de rachis, du poignet droit et des épaules. En outre, le recourant lui-même se plaignait déjà, dans son courrier du 12 novembre 2013, que son poignet droit et son épaule ne fonctionnaient plus, qu'il avait un début d'arthrose à la nuque et que son nerf sciatique gauche lui faisait mal depuis plus de trois mois. On relèvera encore que les processus dégénératifs mentionnés par le Dr G. \_\_\_\_\_ en 2023 étaient déjà évoqués par ce médecin dans son rapport du 13 novembre 2018, sans que

cela n'ait suffi à justifier une entrée en matière sur la deuxième demande de prestations du recourant, déposée le 26 septembre 2018, ce médecin évoquant déjà à cette époque une aggravation générale de l'état de santé du recourant. Il n'avait d'ailleurs procédé à aucune réévaluation spécialisée, si ce n'était pour l'épaule droite, sans qu'aucune sanction chirurgicale n'ait été retenue.

Sur le plan psychique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a mentionné une thymie fragilisée, qui justifiait un soutien médicamenteux ponctuel, avec des troubles du sommeil associés, ainsi qu'une consommation excessive d'alcool, qui fluctuait selon l'humeur du recourant et empêchait la reprise de toute activité professionnelle. Or la composante psychiatrique est connue de longue date, celle-ci ayant notamment motivé le dépôt de la première demande de prestations du recourant du 8 septembre 2011, dans laquelle il était mentionné une incapacité de travail en raison d'une dépression et d'un problème d'alcool. Elle a, en outre, été confirmée par les différents médecins traitants (cf. rapports des 9 décembre 2010, 11 mai, 4 juillet, 11 et 15 août, 10 octobre et 9 décembre 2011 des Drs D.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et du J.\_\_\_\_\_), ainsi que par la Dre I.\_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics non incapacitants de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. En définitive, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne fait que proposer une appréciation différente de l'impact des atteintes à la santé du recourant, sans véritable motivation et ne fournit aucun élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de la situation médicale du recourant.

**bb)** Dans son rapport du 4 mars 2024, après une brève anamnèse et un rappel des diagnostics déjà retenus, le Dr O.\_\_\_\_\_ expose que le recourant présente des cervico-dorso-lombalgies chroniques, survenant dans le cadre d'un tabagisme chronique, d'une dépendance à l'alcool et d'un déconditionnement physique global. Là encore, il ne fait état d'aucun diagnostic nouveau. En effet, le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionnait déjà, dans son rapport du 9 décembre 2011, une sensibilité du rachis récidivante et le Dr N.\_\_\_\_\_ relevait, lors de son

examen du 17 juin 2013, des cervicalgies chroniques et un trouble de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse. Le recourant se plaignait d'ailleurs lui-même de ses poignet droit, épaule, nuque, nerf sciatique gauche et dos dans son courrier du 12 novembre 2013. Le Dr O.\_\_\_\_\_ retient ensuite qu'en lien avec l'hypomyotrophie généralisée, l'insuffisance pondérale et la corpulence frêle, la capacité de travail du point de vue rhumatologique est nulle pour l'activité de menuisier, ainsi que pour toute activité physique moyennement lourde à lourde et toute activité nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit et l'utilisation d'engins vibrants aux mains. Ces limitations sont superposables aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR dans leur avis du 16 juillet 2013 et à leur suite par l'intimé dans sa décision du 24 mars 2014, qui a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port, ni de soulèvement de charges supérieures à 10 kg et pas de mouvements répétitifs du poignet droit. Dès lors, il ne ressort pas du rapport précité un quelconque élément permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan rhumatologique. Quant à l'évocation d'éventuelles consultations auprès d'un neurologue, d'un neuropsychologue et d'un psychiatre en lien avec la consommation excessive d'alcool du recourant, il ne s'agit que de suggestions, le but étant de faire un bilan de l'éventuel effet de cette consommation sur l'état de santé et les capacités du recourant. Ces simples propositions sont toutefois insuffisantes, à ce stade, pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, faute d'élément médical objectif nouveau évoqué par le Dr O.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas à investiguer, à cette stade, la question de savoir si la dépendance à l'alcool du recourant constituerait ou non une maladie, dès lors qu'en présence d'une nouvelle demande, l'OAI n'est pas tenu de mettre en œuvre des mesures d'instruction - telles la mise en œuvre d'une procédure probatoire structurée (cf. ATF 145 V 215) - avant d'avoir admis une aggravation plausible de la situation susceptible d'influencer le droit aux prestations (cf. *supra* consid. 6d).

On relèvera que, si les examens évoqués ci-dessus devaient révéler une nouvelle atteinte ou une aggravation de l'état de santé du recourant, celui-ci serait libre de déposer une nouvelle demande.

**d)** Le recourant soutient encore que les rapports des 18 décembre 2023 et 4 mars 2024 des Drs G.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ auraient identifié des symptômes et des limitations fonctionnelles, qui n'auraient pas été correctement évalués ou pris en compte dans les avis antérieurs. Il n'expose toutefois aucunement en quoi consisteraient ces nouveaux symptômes et limitations fonctionnelles, si bien que son argument tombe à faux.

**e)** Quant au rapport du 27 décembre 2023 du physiothérapeute du recourant - qui n'est pas médecin -, il ne fait que rappeler les diagnostics, à savoir une cyphose dorsale, des cervicalgies, des irradiations de l'épaule gauche et des lombalgies, les traitements pratiqués et les douleurs ressenties. Ces observations ne sont en rien évocatrices d'une aggravation des troubles somatiques du recourant ou des limitations fonctionnelles y relatives et n'apportent aucun élément nouveau permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

**f)** En définitive, les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande du 27 novembre 2023 ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 24 mars 2014. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. On relèvera ici que l'argument du recourant, selon lequel l'intimé ne pouvait pas simplement se référer à l'avis du SMR pour s'écarter des rapports des Drs O.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, mais aurait au contraire dû mettre en œuvre une expertise tombe à faux, dès lors que, comme exposé ci-avant (cf. *supra* consid. 6d), le principe inquisitoire selon l'art. 43 al. 1 LPGA ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. TF 8C\_284/2024 du 15 octobre 2024 consid. 6.2).

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Pache peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

**I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision rendue le 19 juin 2024 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 d'A.\_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Julien Pache, conseil d'office d'A.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Julien Pache (pour A.\_\_\_\_\_),
- 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 :