

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 510 vom 17. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__510

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 510 du 17 août 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 510 del 17 agosto 2023

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 510

NOUVELLE DEMANDE, ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 30/23 - 225/2023 ZD23.005278 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 17 août 2023 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre ,

présidente Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges Greffier : M. Genilloud *****

Cause pendante entre : J. _____ , recourant, à [...], représenté par Me Guy Longchamp,

avocat, à Assens, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 [...], marié depuis 1998 et père de

trois enfants, a notamment travaillé comme aide de garage et comme ouvrier dans le

bâtiment. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 10

septembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

(ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir depuis cinq ans environ d'une

malformation de la colonne vertébrale. Dans un rapport à l'OAI du 2 octobre 2007, le Dr

B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il

a en revanche posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies

parfois accompagnées de céphalées sur mauvaise habitude posturale et surutilisation de la

colonne cervicale dues à une certaine raideur dorso-lombaire. Le Dr B. _____ a indiqué

que le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) reçu le 9 juin 2006 démontrait

qu'il n'y avait aucun trouble dégénératif, ni aucune hernie discale ou discopathie

dégénérative. Dans un rapport du 6 novembre 2007 à l'OAI, le Dr N. _____, spécialiste

en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant

une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non spécifiques avec

céphalées tensionnelles et vertiges d'origine cervicale, ainsi que de probable état de stress

post traumatique, depuis début 2004. Dans son rapport du 7 novembre 2007 à l'OAI, le Dr

C. _____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic incapacitant de céphalées

chroniques (DD [diagnostic différentiel] : cervicales, tensionnelles, médicamenteuses) et de

syndrome vertigineux intermittent et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de

travail d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle traitée. b) Par décision du 15

septembre 2008, l'OAI, suivant l'avis du Service médical régional (ci-après : SMR), a rejeté

la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il avait présenté une incapacité totale de travail durant moins d'une année et que sa capacité de travail et de gain dans son ancienne activité d'aide de garage était exigible à 100 %, sous réserve du travail en hauteur ou sur des échelles. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision, laquelle est entrée en force. B. a) Par la suite, l'assuré a déposé plusieurs nouvelles demandes de prestations auprès de l'OAI, singulièrement les 11 mai 2009, 23 septembre 2010 et 23 juin 2015, lesquelles ont toutes été suivies par des décisions de refus d'entrer en matière, rendues respectivement les 28 septembre 2009, 11 juillet 2011 et 14 mars 2016. Cette dernière décision a été confirmée par arrêt du 5 janvier 2017 de la Cour des assurances sociales (CASSO AI 99/16 - 5/2017). Dans le cadre de cette dernière demande de prestations, l'assuré avait notamment produit les rapports suivants : - Un rapport du 12 mars 2015 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, duquel il ressort notamment que ce praticien n'avait pas pu mettre en évidence, hormis les doléances de l'intéressé, de symptomatologie qui pourrait évoquer une comorbidité psychiatrique ; - Une attestation médicale du 13 octobre 2015 du Dr V._____ dans laquelle il a posé les diagnostics de lombalgie sévère, cervicalgie, haute tension artérielle, dépression sévère, vertiges chroniques, troubles statiques et d'obésité morbide. b) Le 19 avril 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. A l'appui de cette nouvelle demande, l'assuré a produit, entre autres, les documents suivants : - Une IRM lombaire du 22 décembre 2016 émanant du [...], laquelle a notamment montré des hernies discales en L2-L3 et L4-L5 ainsi que des protrusions discales étagées. - Un rapport de consultation du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 6 mars 2017, posant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptôme psychotique (F32.2). Dans un avis SMR du 11 juillet 2017, la Dre H._____, après avoir admis sur la base des documents médicaux produits qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré paraissait plausible, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire Med@p avec volet psychiatrique, rhumatologique et neurologique. Cette expertise a été confiée au Centre d'expertises [...], où l'assuré a été examiné par les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, Q._____, spécialiste en rhumatologie, G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R._____, spécialiste en neurologie. Dans leur rapport d'expertise du 5 décembre 2017, les précités ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (M54.5) sur hernie discale L2-L3 postéro-médiane (M51.2) et protrusions discales étagées ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de trouble somatisation (F45.0), d'agoraphobie (F40.0), de phobie spécifique de type claustrophobie (F40.2), anamnesticquement, celui de trouble dépressif caractérisé récurrent, actuellement en rémission (F33.4) ainsi que d'hyperlipidémie et d'hypertension artérielle traitée. Ils ont considéré que les anomalies somatiques étaient susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles dès le 22 décembre 2016, notamment concernant les efforts contraignants pour le rachis lombaire, à savoir, les ports de charges au-delà de quinze kilos ainsi que les travaux en flexion et rotation répétée et prolongée du tronc. Les travaux en position assise prolongée étaient également à éviter, mais sans contre-indication absolue. Ils en ont conclu que l'activité d'aide concierge semblait avoir toujours été exigible, compte tenu de l'absence de comorbidité psychique hormis durant des périodes limitées où l'assuré a présenté des épisodes dépressifs importants. Se fondant notamment sur les conclusions de l'expertise, l'OAI a, par décision du 16 octobre 2019, refusé à l'assuré le droit à des mesures

professionnelles et à la rente, au motif que le taux d'invalidité, nul, était inférieur à 20 %, respectivement à 40 %, étant précisé que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise du 5 décembre 2017. Cette décision a été confirmée par arrêt du 17 juin 2021 de la Cour des assurances sociales (CASSO AI 385/19 - 183/21), puis par le Tribunal fédéral (TF 9C_438/2021 du 2 mars 2022). C. Le 9 juin 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Guy Longchamp, a déposé une nouvelle demande de prestations AI en invoquant une aggravation de ses troubles d'ordre somatique et psychiatrique. Il a produit deux contrats de travail, l'un conclu le 11 avril 2021 avec l'entreprise A. _____ Sàrl pour une activité de « main d'œuvre », lequel a été résilié trois jours plus tard par l'employeur, et un autre conclu le 17 mai 2022 avec l'entreprise X. _____ SA pour une activité d' « employé polyvalent » à 40%. Dans un rapport du 23 mai 2022, W. _____, physiothérapeute, a attesté avoir été consulté à plusieurs reprises par l'assuré pour une lombalgie, une nuchalgie et un syndrome cervical avec céphalée, précisant que selon les dires de l'assuré et ses propres observations, l'intéressé ne pouvait pas être soumis à des efforts physiques de plus de deux heures de temps par jour, ni au port de charge lourde. Dans un rapport du 27 juillet 2022, le Dr V. _____ a posé les diagnostics suivants (sic) : Anciens Diagnostics : · Syndrome cervical avec céphalée tensionnelle et vertiges cervicogènes · Lombalgie · HTA [hypertension artérielle] · Dépression sévère · Troubles statiques · Obésité morbide de classe I avec BMI [Body Mass Index] à 34 · Diabète Nouveaux Diagnostics : Sous l'angle somatique : · Scoliose droite cervicale angulée avec spondylose · Discopathies C4-C5 et C5-C6 Sous l'angle psychique : M. J. _____ présente une aggravation de son état de santé psychique ». Ce médecin a précisé que l'état de santé de l'assuré s'était clairement détérioré à la fois sous l'angle somatique et sous l'angle psychique. A cet égard, il a expliqué que l'assuré avait tenté de travailler mais que les employeurs avaient constaté qu'il n'était pas en mesure d'accomplir les tâches confiées, au vu de ses troubles à la santé physique, ce qui avait aggravé son état de santé psychique. S'agissant de l'incapacité de travail de l'assuré, le Dr V. _____ a estimé qu'elle était totale dans toutes activités physiques. Compte tenu de l'aggravation de la santé physique et psychique et de l'absence de mesure thérapeutique pour y remédier, le Dr V. _____ a évalué le pronostic comme sombre et très défavorable. Un certificat médical du 27 juillet 2022 du Dr N. _____ atteste qu'en raison d'un accident sur la voie publique (« choc arrière voiture ») que l'assuré a subi le 30 septembre 2021, les douleurs et les symptômes de cervicalgies s'étaient péjorées avec des brachialgies bilatérales. Ce même document a également rapporté qu'une radiographie, dont le rapport ne figure pas au dossier, avait été effectuée le 5 juillet 2022, et avait mis en évidence la présence de discopathies C4-C6, d'une scoliose cervicale ainsi que d'une spondylose, mais sans déficits neurologiques compatibles avec une compression médullaire ou des racines nerveuses rachidiennes. Le Dr N. _____ a précisé que la spondylose, sans uncarthrose, révélée par cette radiographie lui « semble nouveau ». Le 2 août 2022, l'assuré a fait remarquer à l'intimé qu'il fallait déduire des rapports produits que son invalidité s'était modifiée d'au moins 5 %. L'assuré a précisé avoir essayé de travailler auprès de deux employeurs, tentatives qui s'étaient soldées par un échec en raison de son état de santé. Ainsi, l'assuré a fait valoir que, contrairement à la décision du 16 octobre 2019 qui indiquait qu'il pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle entière en respectant les limitations fonctionnelles, il ne présentait de toute évidence pas une capacité de travail totale, respectivement une invalidité de 0 %. Se fondant sur le compte rendu de la Cellule d'échange SMR du 15 septembre rédigé par la Dre S. _____, médecin au SMR,

l'OAI a, par projet de décision du même jour, informé l'assuré qu'il comptait ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 juin 2022, au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible une modification notable de sa situation. Dans un rapport du 5 octobre 2022, le Dr V. _____ a exposé qu'il avait constaté une aggravation importante de l'état de santé psychique de l'assuré. Il a estimé que le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32.2) devait clairement être retenu. Il a expliqué que l'assuré ne bénéficiait plus des ressources mentales et psychiques depuis le mois de juin 2022 et précisé que l'intrication du trouble de l'humeur et du trouble douloureux entraînait une incapacité totale de travail. Compte tenu de la gravité de l'atteinte à la santé psychique présentée par l'assuré, un suivi psychiatrique était selon lui nécessaire. Sous l'angle physique, le Dr V. _____ a relevé, en se référant à un rapport du 29 juin 2022 du Dr O. _____, que de nouveaux examens, dont une IRM, devaient être effectués et qu'un nouveau diagnostic devait être posé, étant clairement précisé qu'il n'existait aucune capacité de travail résiduelle, compte tenu des limitations actuelles de l'assuré. Enfin, ce médecin a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le 13 octobre 2022, l'assuré a transmis à l'intimé ses objections à l'encontre du projet de décision du 15 septembre 2022. Il a exposé que sa situation avait clairement évolué depuis la décision du 16 octobre 2019 et que les pièces produites depuis lors attestaient d'une aggravation de son état de santé, tant sous l'angle somatique que psychique. Son incapacité de travail s'était notablement aggravée de manière à influencer ses droits. Dans un courrier du 11 novembre 2022, T. _____, assistante sociale au centre médico-social (CMS) de [...], a exposé, en résumé, que la situation financière précaire, personnelle et de santé de l'assuré ont largement péjoré sa santé physique et psychique. Dans un avis médical du 12 décembre 2022, la Dre S. _____ a estimé que les éléments médicaux apportés par l'assuré n'étaient pas de nature à rendre plausible une aggravation objective de son état de santé ayant une influence sur sa capacité de travail. En substance, elle a constaté que le diagnostic d'épisode dépressif sévère signalé par le Dr V. _____ n'était pas étayé et n'était accompagné d'aucun status clinique psychiatrique. Elle a souligné que l'assuré n'avait pas été hospitalisé en milieu psychiatrique, ni n'avait bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Sur le plan somatique, s'il était fait référence à un rapport du Dr O. _____ du 29 juin 2022 et à une IRM qui devait être effectuée, ces documents n'étaient pas au dossier. Elle a relevé que le motif exact de cette consultation orthopédique n'était pas renseigné et aucun nouveau diagnostic n'avait été concrètement posé. S'agissant des difficultés socio-économiques évoquées par le courrier 11 novembre 2022 de T. _____, elle a estimé que ces circonstances sortaient du champ biomédical. Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil du 12 décembre 2022, l'OAI a, par décision du 3 janvier 2023, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré. Par téléphone du 6 janvier 2023, l'assuré a informé l'OAI qu'il était suivi depuis deux mois par un médecin psychiatre. D. Le 6 février 2023, J. _____ a recouru contre la décision du 3 janvier 2023 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant, avec pleins dépens, principalement à sa réformation, en ce sens qu'un droit à des prestations d'invalidité lui soit accordé à compter du 1^{er} septembre 2022 sous la forme d'une rente d'invalidité totale, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, le recourant considère que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 16 octobre 2019 de l'intimé, tant sous l'angle somatique que psychique. Il estime que c'est à tort que l'OAI a retenu qu'il ne s'était pas référé à un médecin-psychiatre pour une prise en charge ambulatoire. A cet

égard, il produit un rapport du Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 20 janvier 2023, dans lequel ce spécialiste indique qu'il suit le recourant à sa consultation depuis le début du mois de décembre 2022 et pose le diagnostic d'un probable trouble schizophrénique résiduel (F20.5). Le recourant produit également un nouveau rapport du Dr V. _____ daté du 27 janvier 2023. Enfin, le recourant requiert d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Par décision du 2 mars 2023, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 février 2023, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Guy Longchamp, le recourant ayant en outre été exonéré du paiement de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 30 mars 2023, l'intimé conclut au rejet du recours. En substance, il expose que les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa sixième demande n'ont pas permis de rendre plausible une modification significative de la situation qui serait survenue après le 16 octobre 2019. Le rapport du 20 janvier 2023 du Dr M. _____, en tant qu'il est postérieur à la décision attaquée, n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Par réplique du 1^{er} mai 2023, le recourant confirme les conclusions de son recours. Le recourant fait valoir qu'en refusant de tenir compte du rapport du Dr M. _____, l'intimé a fait preuve de formalisme excessif, compte tenu notamment du principe d'économie de procédure. Le recourant estime que bien que postérieur à la décision attaquée, ce rapport aurait dû être pris en compte dans la mesure où il consultait ce spécialiste depuis le mois de décembre 2022. Enfin, le recourant considère, sur la base des rapports des 20 janvier et 24 avril 2023 du Dr M. _____ qu'il a produits, avoir rendu plausible une modification significative de sa situation depuis la décision du 16 octobre 2019. Un certificat médical du 25 avril 2023 du Dr N. _____ atteste que le recourant suit des séances de physiothérapie pour exacerbation des douleurs du haut du dos et des cervicales, ainsi que des douleurs à son épaule gauche, conséquence d'une chute lui ayant causé une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche dès le 2 mars 2023. Ce même rapport précise que les cervicalgies ont amené le recourant à interrompre ses essais d'activités professionnelles. Par duplique du 17 mai 2023, l'intimé conclut au rejet du recours. Il précise que rien n'empêchait le recourant de signaler, début décembre 2022, qu'un suivi psychiatrique avait débuté et qu'un rapport allait suivre. Le recourant a encore fourni des déterminations spontanées le 8 juin 2023. Par courrier du 20 juin 2023, T. _____ s'est à nouveau adressée à l'Office AI pour lui signifier qu'il était selon elle primordial de considérer tous les rapports transmis par les différents médecins, y compris ceux du Dr M. _____, lesquels prouvaient que l'état de santé du recourant s'était largement péjoré et qu'une réinsertion professionnelle s'avérait nulle. **E n d r o i t :**

- 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 sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).
- b) En l'occurrence, 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 en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 9 juin 2022

par le recourant au motif que la situation de celui-ci ne s'est pas notablement modifiée depuis la décision du 16 octobre 2019. A cet égard, la Cour de céans n'a pas à examiner la conclusion principale du recourant, laquelle sort de l'objet du litige.

3. a) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). En l'occurrence la décision litigieuse, rendue le 3 janvier 2023, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 9 juin 2022, laquelle s'est fondée sur des éléments somatiques et psychiques découverts courant 2022. La Cour de céans doit par conséquent tenir compte, s'il y a lieu, du nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

b) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 2 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

c) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles et, si tel n'est pas le cas, liquider l'affaire d'entrée de cause sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

d) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au

point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la sixième demande déposée le 9 juin 2022 par le recourant. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les nouvelles pièces déposées par le recourant – soit les rapports des 27 juillet et 5 octobre 2022 du Dr V._____, le certificat médical du 27 juillet 2022 du Dr N._____, ainsi que le courrier du 11 novembre 2022 de T._____ – établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus du 16 octobre 2019 de l'intimé, confirmée successivement par la Cour de céans et par le Tribunal fédéral. En revanche, conformément aux principes rappelés ci-dessus (consid. 3d), et en dépit des principes d'économie de procédure et de célérité, il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la présente cause des rapports du Dr M._____ des 20 janvier et 24 avril 2023, du certificat médical du 25 avril 2023 du Dr N._____ et du courrier du 20 juin 2023 de T._____. b) Sur plan somatique, il convient de relever que le diagnostic de spondylose n'a jamais été évoqué dans les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses cinq demandes précédentes. En particulier, il ressort de l'expertise du 5 décembre 2017 que les radiographies effectuées jusqu'alors ont uniquement montré des troubles dégénératifs discrets au niveau cervical sans signe de compression radiculaire, ni médullaire. Les experts ont retenu les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques, sans critère de gravité. Ils ont considéré que les documents radiologiques montraient uniquement des signes de discopathie bénigne au niveau C4-C5 et C5-C6. Ils ont également relevé que si les troubles statiques rachidiens pouvaient contribuer à générer des tensions cervico-scapulaires et jouer un rôle dans la genèse des douleurs cervicales, ces anomalies somatiques, banales, ne pouvaient cependant expliquer l'importance de la gêne fonctionnelle ni, a fortiori, une incapacité de travail complète depuis une dizaine d'années. En revanche, les experts n'ont à aucun moment évoqué l'hypothèse d'une spondylose. Cette affection a nouvellement été révélée par une radiographie effectuée le 5 juillet 2022 et a par la suite été reprise tant par le Dr V._____ que le Dr N._____ dans leurs rapports respectifs du 27 juillet 2022. Certes, comme le souligne le SMR, les douleurs cervicales, présentes de longue date, ont déjà été explorées lors de l'expertise pluridisciplinaire du 5 décembre 2017. Cela étant, l'accident sur la voie publique dont a été victime le recourant le 30 septembre 2021 a aggravé les douleurs et les symptômes de cervicalgies. Il a également causé des brachialgies bilatérales. Pour le surplus, il convient également de souligner que selon les Drs O._____ et V._____, l'aggravation constatée de l'état de santé physique du recourant nécessitait de nouveaux examens, en particulier une IRM. Ainsi, d'un point de vue somatique, l'existence d'une spondylose, circonstance que l'on doit qualifier de nouvelle et susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant, aurait déjà dû à elle seule conduire l'intimé à entrer en matière, ce d'autant plus qu'il existe d'autres indices d'aggravation au niveau cervical. c) Sur plan psychique, il y a lieu de relever que le Dr V._____ avait déjà diagnostiqué une dépression sévère dans son rapport du 13 octobre 2015, tout comme le Dr Z._____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.2) dans son rapport du 6 mars 2017. Ces diagnostics n'avaient toutefois pas été confirmés par les experts, lesquels avaient constaté, à l'instar du Dr K._____, l'absence de comorbidité psychiatrique. Dans son rapport du 27 juillet 2022, le Dr V._____ a derechef posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32.2). Les circonstances dans lesquelles s'inscrit ce dernier rapport sont cependant

différentes de celles prévalant au moment des deux premiers. En effet, il ressort de l'expertise psychiatrique que le recourant vivait, à ce moment-là, avec son épouse et leurs trois enfants. La famille vivait essentiellement grâce à la rente AI de son épouse. Cette expertise mentionnait également que le recourant, qui n'avait pas beaucoup d'amis, menait une vie familiale intensive et de proximité avec sa belle-famille, ce qui, par ailleurs, constituait l'essentiel de sa vie sociale. L'expert en psychiatrie avait également retenu que le contexte familial et biographique était plutôt positif, surtout grâce à sa bonne intégration au sein de sa belle-famille. Or, de telles ressources ne semblent plus exister depuis la séparation du recourant et de son ex-épouse, de sorte qu'il est envisageable que dite séparation ait aggravé son état de santé psychique dans une mesure propre à influencer sa capacité de travail. Ce n'est d'ailleurs pas autrement qu'il faut comprendre les rapports des 27 juillet et 5 octobre 2022 du Dr V. _____ et les craintes exprimées par T. _____ dans son courrier du 11 novembre 2022. Le Dr V. _____, bien qu'il ne possède effectivement pas le titre de spécialiste en psychiatrie et qu'il n'ait pas étayé de status psychique, a motivé l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant comme en partie réactionnelle aux difficultés conjugales de l'assuré qui s'est retrouvé sans l'une de ses ressources mentales et psychiques importantes, son ex-conjointe, de laquelle il est désormais séparé. Fort de ce qui précède, et compte tenu de l'isolement du recourant, le Dr V. _____ a préconisé la mise en place d'un suivi psychiatrique. Le fait que le SMR, dans son avis du 12 décembre 2022, fonde une partie de son argumentation sur le constat qu'aucun suivi psychiatrique n'a été mis en place pour le recourant est critiquable, ce d'autant plus qu'un tel suivi était précisément préconisé par le Dr V. _____ dans son rapport du 27 juillet 2022. Compte tenu de la gravité de l'atteinte psychique et qu'il a été mis en place au début du mois de décembre 2022 auprès du Dr M. _____, le médecin du SMR aurait pu s'assurer de l'absence de suivi avant de rendre son avis du 12 décembre 2022. Quoi qu'il en soit, le recourant a fait valoir des éléments substantiels en procédure administrative propres à justifier un réexamen de son droit aux prestations. Pour le surplus, le fait que le Dr V. _____ ait déjà diagnostiqué une dépression sévère dans son rapport du 13 octobre 2015 ne permet pas encore de déduire que l'état de santé du recourant n'a pas évolué puisque, pour les mêmes motifs exposés ci-dessus, les circonstances qui prévalaient au moment des rapports du Dr V. _____ des 13 octobre 2015 et 27 juillet 2022 ne sont pas identiques.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis. La décision du 3 janvier 2023 de l'intimé est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant ainsi que pour instruction et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation 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 de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à charge de l'intimé. d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 2 al. 1 let. a et 3 bis al. 1 et 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des

assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision du 3 janvier 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant ainsi que pour instruction et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Guy Longchamp, à Assens (pour J. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.