

VD_GERICHTE ZD11.037101 vom 10. Januar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.037101

FR: VD_GERICHTE ZD11.037101 du 10 janvier 2013

IT: VD_GERICHTE ZD11.037101 del 10 gennaio 2013

Erwägungen

E. 15

kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Concernant la capacité de travail exigible, en se limitant à l'aspect purement rachidien, elle est totale dans une activité respectant absolument les limitations fonctionnelles énumérées au paragraphe précédent. Cette affirmation se fait en excluant sciemment de ses considérants des facteurs non-ostéoarticulaires dont l'existence a été relevée lors du présent examen et qui sont du domaine cardio-circulatoire, pulmonaire, métabolique et éventuellement volitif en ce qui concerne l'absence d'adhérence à un régime amaigrissant. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE 100% DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE EN TERMES BIO-MECANQUES SUR LA BASE D'UNE APPRECIATION THEORIQUE VOLONTAIREMENT LIMITEE A LA PROBLEMATIQUE RACHIDIENNE." Par décision du 11 juillet 2003, le TASS a rayé la cause du rôle par suite de retrait du recours (AI 40/02).

- 5 - B. Par courrier du 25 juillet 2004, l'assuré a renouvelé sa demande de prestations. Dans un écrit du 3 septembre 2004 adressé à l'OAI, le Dr W. _____ a indiqué que l'intéressée signalait des douleurs thoraciques et, semblait-il, une péjoration de sa dyspnée, étant précisé qu'il utilisait régulièrement un système de ventilation à pression positive continue (CPAP). Ce médecin a par ailleurs produit un compte-rendu du 25 août 2004 du Dr S. _____, cardiologue, faisant état d'une tachycardie probablement fonctionnelle, de douleurs thoraciques d'origine rhumatologique, d'hypertension artérielle traitée, d'un syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP, et de troubles somatoformes multiples. Dans un rapport du 22 novembre 2004 consécutif à un consilium psychiatrique, le Dr D. _____, chef de clinique auprès de la Policlinique psychiatrique adulte d'[...], a signalé les hypothèses diagnostiques de probable trouble dépressif persistant (F34.8) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Dans le cadre de l'anamnèse, il était notamment fait état de ce qui suit : "[...] ostéomy[é]lite du tibia gauche pendant [l']enfance, spondylite tuberculeuse, hospitalisation au [...] en 1984 pour un abcès péri- rénal avec une suspicion de réactivation de la spondylite tuberculeuse, hypo-acousie de l'oreille gauche, surdité de l'oreille droite, etc. Des douleurs lombaires s'installent en 1995 avec une diminution progressive de la mobilité qui ont nécessité finalement un arrêt de travail à partir de 1999. A l'époque, la guerre éclate au Kosovo [...] et le patient apprend la disparition de son cousin, période vécue par le patient avec beaucoup d'anxiété. Depuis, son état se détériore progressivement, les douleurs se multiplient au niveau dorsal, cervical, des céphalées s'installent etc. [...] Des troubles du sommeil s'installent [...], ainsi que des troubles de l'appétit avec une prise pondérale importante. Ces derniers temps, le patient se montre de plus en plus triste, renfermé, aboulique, apragmatique, incapable d'assumer les gestes quotidiens ou pour assurer sa toilette. [...]" A la suite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 19 avril 2005 réalisée par le radiologue V. _____, le Dr

G. _____, neurochirurgien, a exposé dans un rapport du 9 juin 2005 que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et, depuis un mois et demi, de

- 6 - lombosciatalgies gauches récurrentes; par ailleurs, des sciatalgies avaient régressé depuis trois semaines. Il a indiqué que l'IRM montrait une fusion D12-L1 qui pouvait être le résultat d'une spondylodiscite ancienne, mais qu'il n'y avait pas actuellement d'élément concluant à ce diagnostic. Il a ajouté que l'IRM montrait également une hernie paramédiane gauche et foraminale gauche en L5-S1 (déjà visible en 1999) expliquant la clinique radiculaire, et a relevé que le canal était étroit en L4-L5. Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée le 2 août 2006 par le Dr Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 août suivant, ce dernier n'a pas retenu d'affection incapacitante, mais a en revanche mentionné des atteintes dépourvues d'impact sur la capacité de travail, à savoir une aggravation des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999, et un trouble de la personnalité histrionique (F60.4) depuis l'adolescence. Cela étant, l'expert a considéré que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Par avis médical SMR du 6 octobre 2006, le Dr R. _____ a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. En date du 29 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, considérant que, médicalement, ce dernier présentait toujours une capacité de travail entière dans des activités adaptées. L'office a en particulier relevé que l'expertise psychiatrique du 2 août 2006 n'avait mis en lumière aucune atteinte à la santé psychique incapacitante ni aucun trouble somatoforme douloureux persistant, et que les autres éléments médicaux somatiques n'étaient pas de nature à se répercuter sur la capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles. L'assuré a contesté ce projet le 7 décembre 2006. Dans ce cadre, il a produit un rapport du 12 octobre 2006 du Dr O. _____,

- 7 - spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, signalant une surdité avec acouphène à droite depuis plus de dix ans et, plus récemment, un acouphène à gauche. Par décision du 31 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les motifs exposés dans son projet du 29 novembre 2006. Le 7 mars 2008, l'intéressé a déféré l'affaire par-devant le TASS. Dans ce contexte, il s'est en particulier prévalu d'un rapport d'expertise établi le 18 avril 2008 par le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de ce rapport, ce médecin posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité fruste (Z73.1), et indiquait que les troubles psychiques de l'assuré l'empêchaient complètement d'exercer une activité lucrative à l'heure actuelle, respectivement que la capacité résiduelle de travail était nulle compte tenu de l'affection rhumatologique, de l'atteinte psychiatrique et des faibles ressources intellectuelles de l'intéressé. Par jugement du 18 août 2008 (AI 137/08), la Présidente du TASS a considéré qu'il n'était pas possible de statuer en l'état compte tenu de la discordance entre les avis respectifs des Drs Y. _____ et J. _____, et a par conséquent admis le recours de l'assuré, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin que celui-ci en complète l'instruction par une expertise psychiatrique puis rende une nouvelle décision. A la suite de ce jugement, l'OAI a mandaté la Dresse L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le but d'effectuer une expertise psychiatrique sur la personne de l'assuré. Après avoir examiné l'intéressé en date du 24 novembre 2008 avec le concours d'un interprète de langue albanaise, la Dresse

L. _____ a notamment fait état de ce qui suit dans son rapport du 4 décembre 2008 :

- 8 - "A. QUESTIONS CLINIQUES [...] 4. Diagnostics Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM- 10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? • Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00, présent depuis fin 2006. • Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis 2004. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? • Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F 17.25, présent depuis 1998. 5. Appréciation du cas et pronostic [...] Sur le plan de la thymie, j'objective une humeur dépressive, un manque d'élan vital, une diminution de la confiance en soi, une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir. En plus de ces symptômes, M. Z. _____ a évoqué des troubles du sommeil (douleurs et apnées du sommeil)]. Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) ces symptômes sont assimilables à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Je ne retiens pas de perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables car l'expertisé apprécie les rencontres journalières avec ses enfants, petits-enfants, les visites mensuelles d'amis, regarder la TV et se rendre en vacances dans son pays. Il n'y a pas de perte de l'appétit ou de perte pondérale, de troubles de l'attention ou de la concentration, d'idéation suicidaire. On ne relève pas de manque d'appétit ou de perte pondérale, de sentiment de culpabilité ou d'idées de ruine, d'idéation suicidaire scénarisée ou de tentative de suicide, ni de difficulté à soutenir son attention et à se concentrer. [...] L'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques diagnostiqué par le Dr J. _____ en avril 2008 n'est pas objectivé. Actuellement, les symptômes objectifs correspondent à un épisode dépressif léger. Selon M. Z. _____, sa thymie actuelle est la même depuis plusieurs mois. L'expertise du 08.08.2006 du Dr Y. _____ ne relevait pas d'épisode dépressif léger. Par conséquent, il paraît raisonnable de faire

- 9 - remonter cet épisode dépressif léger sans syndrome somatique à fin 2006, tout au plus. A relever que l'expertisé est quotidiennement entouré par sa famille et belle-famille (deux frères mariés avec enfants, un beau-frère avec enfants, six enfants, six petits-enfants) et par des amis, mensuellement. Annuellement, M. Z. _____ a plaisir à se rendre en vacances dans son pays d'origine en avion, accompagné de sa famille. Je retiens un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et non une majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques en raison d'une détresse émotionnelle, de facteurs psychosociaux (inactivité professionnelle depuis 1999, atteinte somatique chronique et difficultés financières). Le syndrome douloureux somatoforme persistant s'accompagne d'une co-morbidité psychiatrique se manifestant par un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. On ne relève pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Monsieur a des contacts sociaux quotidiens avec sa famille élargie, belle-famille, mensuellement avec des amis et annuellement, avec sa famille au Kosovo. Des bénéfiques secondaires sont présents sous forme d'une mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer. On ne peut admettre un échec des traitements selon les règles de l'art, d'une part car le taux sérique de sertraline est bas pour une dose de 100 mg/jour (métabolisation rapide et/ou compliance partielle) et d'autre part, car le traitement antidépresseur n'a pas été modifié pour une autre classe de médicament agissant conjointement sur la thymie et le seuil douloureux (par exemple duloxétine ou venlafaxine). Malgré les importantes douleurs

alléguées, le traitement n'a pas été pris le jour de l'expertise alors que M. Z. _____ devait se déplacer en voiture depuis [...] jusqu'à [...] ; cependant, le matin de l'expertise, Monsieur a pris son traitement hypertenseur, bêta bloqueur et antidépresseur. Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique entraînent les limitations suivantes : baisse de l'élan vital, anhédonie, ruminations et fatigabilité. Ces limitations interfèrent de 25 % dans une activité simple. La personnalité fruste et peu différenciée n'est pas assimilable à un trouble de la personnalité selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10); toutefois, elle implique que M. Z. _____ a peu de ressources psychiques et que ses capacités d'adaptation sont limitées. En fonction des circonstances, M. Z. _____ peut surmonter en partie ses douleurs, en particulier lorsqu'il conduit un véhicule cinq jours par semaine pour amener son épouse sur son lieu de travail,

- 10 - monter et descendre à pied l'étage menant à son appartement et lorsqu'il se rend annuellement en vacances au Kosovo. Aucun trouble anxieux, attaques de panique, état de stress post-traumatique, psychose ou trouble de la personnalité n'est objectivé. Depuis juillet 1999, M. Z. _____ s'est retrouvé dans un cercle vicieux délétère de douleurs et une attente magique de guérison. Progressivement, s'est développé un sentiment d'impuissance et d'injustice permettant de mieux comprendre cette mauvaise évolution et de faire un lien avec les douleurs et la dépression légère. Ainsi, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, paraît mauvais au vu de la chronicisation de la situation, de l'absence de formation professionnelle, des difficultés linguistiques et du fait que M. Z. _____ s'estime dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité ; ces facteurs sortent du champ médical.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique Confère avec les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental Des limitations quantitatives sont présentes, à savoir : baisse de l'élan vital, anhédonie, ruminations, fatigabilité et diminution du seuil à la douleur.

Au plan social Pas de limitations. La sociabilité est conservée quotidiennement avec la famille élargie et belle-famille. Des contacts mensuels sont maintenus avec des amis. D'autre part, annuellement, M. Z. _____ se rend au Kosovo rendre visite à sa famille d'origine.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et le syndrome douloureux somatoforme persistant entraînent une fatigabilité, une baisse de l'élan vital, des ruminations, une anhédonie et un abaissement du seuil douloureux.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail La capacité résiduelle de travail est de 75 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

- 11 - Sur le plan psychique, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 6 ½ heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Sur le plan psychique, dans une activité à 75 %, pas de diminution du rendement.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Incapacité de travail de 20 % au moins depuis fin 2006 (cf. Appréciation du cas et pronostic).

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan psychiatrique, depuis fin 2006, le degré d'incapacité de travail est globalement de 25 % (cf. Appréciation du cas et pronostic).

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Malgré les troubles

psychiques, M. Z. _____ est en mesure de s'adapter à un environnement professionnel pour autant qu'il exerce une activité à 75 %. C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE [...] 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires. adaptation du poste de travail) Oui, en particulier si l'on peut améliorer la thymie et agir conjointement sur le seuil douloureux en introduisant soit un traitement de duloxétine (Cymbalta) ou de venlafaxine (Efexor) ou en augmentant la dose de sertraline. Des dosages sériques sont indiqués en fonction de la clinique. Au vu de la personnalité fruste et des capacités d'introspection pauvres, un traitement psychothérapeutique ne se justifie pas. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Pour autant que ces mesures soient appliquées, la capacité de travail devrait être entière. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

- 12 - 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré, pour autant qu'elles s'exercent à 75 %. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? L'activité adaptée peut être exercée à raison de 6 ½ heures par jour. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure ? Dans le cadre d'une activité à 75 %, pas de diminution du rendement. [...] Par avis médical SMR du 28 janvier 2009, le Dr M. _____ s'est rallié à l'appréciation médicale de la Dresse L. _____. Relevant toutefois que l'exigibilité en cas de syndrome douloureux somatoforme était définie selon des critères juridiques, le Dr M. _____ a précisé qu'il laissait le soin aux juristes de l'OAI de déterminer si, dans le cas particulier, le trouble somatoforme douloureux avec épisode dépressif léger sans syndrome somatique justifiait une incapacité de travail. En date du 24 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. Il a considéré en substance que le trouble somatoforme douloureux dont ce dernier souffrait ne se manifestait pas avec une sévérité telle qu'il entraînait une incapacité de travail au sens de la jurisprudence. En particulier, se référant aux réquisits jurisprudentiels développés dans ce domaine, l'office a relevé que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique diagnostiqué par la Dresse L. _____ n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique, et qu'en outre l'intéressé ne réunissait pas plusieurs critères de gravité susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Considérant que l'assuré présentait donc une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, l'office a procédé à une évaluation théorique du préjudice économique. Dans ce cadre, il a estimé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 52'800 fr. et 56'717 fr.) mettait

- 13 - en évidence une perte de gain nulle et, partant, un degré d'invalidité de 0%. Faisant part de ses objections le 31 août 2009, l'assuré a pris acte de ce que l'expert psychiatre ne retenait qu'un épisode dépressif léger et que cette atteinte n'était pas suffisante pour que son trouble somatoforme douloureux soit considéré comme invalidant. Il a toutefois critiqué le fait que ses troubles somatiques n'aient pas été plus largement pris en compte. A ce propos, il s'est référé à un rapport d'IRM lombaire établi le 11 août 2009 par le Dr Q. _____, radiologue, concluant à une volumineuse hernie discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite légèrement luxée vers le bas, à une volumineuse hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane et intra-foraminale gauche avec diminution des diamètres du

canal lombaire sur les deux derniers espaces expliquée par une arthrose postérieure et par la discopathie, et à une fusion des corps vertébraux D12-L1 sur une ancienne spondylosthésis sans atteinte au niveau du canal lombaire. Le 2 septembre 2009, l'assuré a versé en cause un rapport du

E. 20

août 2009 de la Dresse T. _____, spécialiste en neurochirurgie. Cette dernière y relevait que l'IRM lombaire du 11 août 2009 avait mis en lumière une hernie discale L4-L5 de localisation quasi médiane mais de taille relativement volumineuse, et que l'intéressé – qui s'était déjà vu diagnostiquer une hernie discale L5-S1 en 2005 – avait décidé de poursuivre le traitement antalgique par prise en charge semi-invasive plutôt que de subir une cure chirurgicale. Par envoi du 2 octobre 2009, l'assuré a produit divers documents dont une traduction en langue française d'un rapport médical établi le 16 septembre 2009 par le Dr F. _____, de la Polyclinique de neurologie et psychiatrie de [...] (Kosovo), mentionnant les diagnostics de «Status post spondylosthesis tuberc. D12-L1», «Discus Hernia L4-L5», «Depressio» et «Syndroma Psychosomaticum», précisant qu'il y avait lieu de poursuivre le traitement des troubles psychiques, et estimant que la capacité de travail sous l'angle psychiatrique était réduite à 75%.

- 14 - Par avis médical SMR du 29 octobre 2009, le Dr M. _____ a observé que les problèmes lombaires signalés par les Drs Q. _____ et T. _____ avaient été pris en compte dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P. _____ du 28 avril [recte : 7 mai] 2003, que ce médecin avait à l'époque clairement défini les limitations fonctionnelles et admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et que les nouveaux rapports médicaux ne faisaient pas état de faits nouveaux de nature à modifier les limitations fonctionnelles ni l'exigibilité dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le Dr M. _____ a relevé que le rapport du Dr F. _____ ne mentionnait aucun élément nouveau et concluait à la même capacité de travail que l'experte L. _____, de sorte que sous cet angle non plus il n'y avait pas matière à revenir sur les conclusions médicales du SMR. Par décision du 5 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 juin précédent. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a repris les motifs exposés dans l'avis du Dr M. _____ du 29 octobre 2009 pour retenir que les rapports des Drs Q. _____, T. _____ et F. _____ ne justifiaient aucune modification de l'appréciation sous l'angle médical. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 5 novembre 2009 est entrée en force. C. Dans un courrier du 27 septembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr W. _____ a signalé que l'assuré présentait actuellement un écoulement sur son tibia proximal gauche, dû à une ostéite. Il a ajouté qu'il était en outre illusoire d'imaginer que l'intéressé puisse retrouver un quelconque emploi compte tenu de ses douleurs lombaires, de ses troubles oculaires et auditifs, de ses céphalées persistantes, ainsi que de la longue durée de son incapacité. Cela étant, ce médecin a conclu à une aggravation de l'état de santé de son patient.

- 15 - Par écrit du 14 octobre 2010, l'assuré, représenté par Me Aba Neeman, a déposé une nouvelle demande de prestations AI au motif que sa situation s'était aggravée. A ce propos, se référant au rapport précité du Dr W. _____, il a allégué que de nombreuses atteintes somatiques s'ajoutaient à ses troubles psychiques. Le 22 novembre 2010, l'assuré a transmis à l'OAI une nouvelle traduction du rapport du Dr F. _____ du 16 septembre 2009, aux conclusions en substance similaires à celles de la première version. Par avis médical SMR du 10 février 2011, le Dr K. _____ a relevé, s'agissant de l'écoulement au niveau du tibia

gauche évoqué par le Dr W. _____, qu'il ressortait déjà du dossier que l'assuré avait contracté une ostéomyélite durant l'enfance, cette affection étant notamment décrite dans le rapport du Dr D. _____ du 22 novembre 2004. Il a ajouté que les troubles oculaires, les douleurs lombaires, les troubles auditifs et les céphalées de l'intéressé avaient été pris en compte dans le cadre des procédures antérieures. Dans ces conditions, le Dr K. _____ a estimé qu'il n'y avait ni fait nouveau, ni aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, si bien que la position de ce service demeurait inchangée depuis le précédent avis émis le 29 octobre 2009. En date du 18 février 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dans la mesure où il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 5 novembre 2009. Par envoi du 5 avril 2011, l'intéressé a transmis à l'OAI un rapport rédigé le 28 juin 2010 par le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier y relevait que l'assuré avait eu un accident à l'âge de 18 ans au niveau du tibia proximal à gauche, qu'il avait été traité par une opération compliquée d'une infection, et qu'il gardait depuis des douleurs au niveau de la jambe gauche avec une formation cutanée qui présentait par épisodes des écoulements parfois séreux, parfois purulents.

- 16 - Le Dr I. _____ précisait encore qu'une radiographie effectuée le 25 juin précédent confirmait la présence d'un séquestre au niveau du tibia proximal, que le patient s'était vu expliquer l'intervention chirurgicale qui permettrait d'éradiquer ses écoulements répétitifs, qu'il avait cependant refusé ce traitement et qu'il allait s'adresser à son chirurgien pour ses douleurs lombaires. Par écrit du 31 mai 2011 rédigé par son conseil, l'intéressé a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 18 février 2011. Il a allégué que le rapport du Dr W. _____ du 27 septembre 2010 devait l'emporter sur l'avis sommaire du Dr K. _____ du 10 février 2011, et a soutenu qu'il serait judicieux de procéder à des nouveaux examens dès lors que l'expertise rhumatologique dont il avait fait l'objet remontait à plus de neuf ans. Il a ajouté que son état de santé psychique s'était nettement péjoré depuis l'expertise psychiatrique de la Dresse L. _____, et qu'il souffrait désormais d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité, diagnostics qu'avait confirmés la Dresse B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui le suivait depuis quelques semaines. Le 20 août 2011, l'assuré a produit un rapport du 10 août 2011 émanant de la Dresse B. _____ et mentionnant notamment ce qui suit : "Question 1 : Monsieur Z. _____ est-il atteint d'une pathologie psychiatrique ? Réponse : OUI. Diagnostic : - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Code F32.11 - Autres modifications durables de la personnalité Code E / F 62.8 Question 2 : M. Z. _____ présente-t-il des troubles psychiques ou névrotiques ou des troubles du comportement ? Réponse : Oui, ce patient souffre de troubles psychiatriques (névrotiques), d'un trouble dépressif récurrent ou/et chronique, probablement lié à un effondrement narcissique suite à la perte de

- 17 - ses capacités à gagner de l'argent et à la perte du rôle patriarcal (en tant que père de famille mais aussi en tant que frère et donc par rapport au reste de la famille au pays d'origine). Le 2ème diagnostic, donc les modifications durables de la personnalité, est retenu en tenant compte des critères de CIM 10, comme un trouble durable de la personnalité après des expériences tels un syndrome algique chronique ou [...] une modification durable de la personnalité après un deuil. Les symptômes que le patient présente sont évidemment liés à la souffrance provoquée par ses multiples pathologies

physiques et les éléments cliniques sur le plan psychiatrique sont : - Une dépendance excessive et une attitude exigeante envers autrui, la conviction d'avoir été marqué et transformé par la maladie ou de ne plus pouvoir entretenir des relations personnelles étroites et confiantes. - Une passivité et une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités de loisir. - Une humeur dysphorique ou labile induite un trouble mental actuel ou un syndrome affectif résiduel d'un syndrome mental antérieur, ainsi qu'une altération significative du fonctionnement social et professionnel. [...]

Question 3 : Si oui, comment ces atteintes ont-elles évolué ces dernières années ? Réponse : l'évolution a été défavorable chez ce patient qui a présenté au départ, sur le plan psychiatrique, un état dépressif probablement réactionnel à la diminution de son état de santé physique et à un syndrome douloureux somatoforme persistant mentionné depuis au moins 2004. En revanche, la modification durable de la personnalité peut être comprise en tenant compte, en plus de la souffrance mentionnée, des expériences émotionnelles subjectives (il a quand même vécu la crainte de perdre sa famille pendant la guerre ; d'ailleurs la maison familiale a été brûlée) expériences émotionnelles qui s'ajoutent chez une personnalité intérieure fruste. Question 4 : Les troubles sont-ils de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité partielle ou totale de travail ? Réponse : sur le plan psychiatrique, présence d'une diminution des capacités de travail d'au moins 50% avec une diminution du rendement à 50 %. En conclusion : la capacité résiduelle de travail se situe aux alentours de 25 %. Question 5 : Quelles sont les limitations fonctionnelles que présente M. Z._____ ? Réponse : les limitations fonctionnelles sont liées aux difficultés de concentration, elles[-]mêmes liées à l'incapacité de supporter les bruits et à la probabilité de devenir rapidement irritable, ceci lié au fait que le patient n'a plus de capacité d'adaptation. Je ne reviens pas ici sur les limitations fonctionnelles qui sont liées à la diminution de l'état physique, diminution liée à de multiples pathologies [telles]

- 18 - que l'obésité, le tabagisme chronique, la présence d'acouphènes ainsi que de troubles de l'acuité visuelle et auditive, ceci en plus des douleurs chroniques. [...]" Par avis médical SMR du 30 août 2011, le Dr K._____ a relevé les points suivants : "[...] Le Dr B._____ retient [...] l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis au moins 2004. Le trouble dépressif qui affecte l'assuré s'est développé dans le sillage du trouble somatoforme et, conformément à la jurisprudence du TFA en la matière, il ne peut être séparé dudit trouble somatoforme. Il ne s'agit donc d'un point de vue médico-asséculo-logique que de l'appréciation différente d'une situation similaire. L'examen clinique [...] ne montre pas d'aggravation objective depuis l'expertise L._____ de 2008. Les problèmes somatiques à type d'écoulement sérieux au niveau de la jambe gauche sont connus depuis l'âge de 18 ans, soit 1973 avant l'établissement de l'assuré en Suisse. Le rapport du Dr I._____ ne démontre aucune péjoration somatique depuis la dernière décision AI. De plus un traitement à visée curative est décrit par ce spécialiste, traitement auquel l'assuré ne semble pas consentir. Les lombalgies sur [lesquelles] l'avocat de l'assuré ne nous a que peu informé sont prises en compte par le rapport d'examen SMR du

E. 21

mai 2001 et les décisions antérieures. En conclusion, les documents médicaux versés au dossier depuis la dernière décision AI ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé. Nous maintenons notre position." Le 2 septembre 2011, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 18 février précédent. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a repris en substance les points développés dans l'avis du Dr K._____ du 30

août 2011. D. Agissant par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru le 5 octobre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et

- 19 - au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. A titre de moyen de preuve, il sollicite notamment l'interrogatoire des parties. Sur le fond, il fait valoir que les renseignements médicaux fournis par le Dr W. _____ le 27 septembre 2010 et par la Dresse B. _____ le 10 août 2011 font état d'une péjoration de ses problèmes de santé depuis l'expertise de la Dresse L. _____, respectivement depuis la dernière décision AI. Il considère par conséquent que l'office aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et procéder à des mesures d'instruction en particulier sous l'angle somatique, le dernier examen effectué sur ce plan par le SMR datant de 2003. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 30 janvier 2012. Se référant aux avis du SMR des 10 février et 30 août 2011, il relève en substance que les éléments apportés par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations ne rendent pas plausible que son état de santé ait subi, depuis la décision du 5 novembre 2009, une évolution susceptible d'influer sur ses droits. Par réplique du 27 mars 2012, le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé à la lumière des rapports du Dr I. _____ du 28 juin 2010, du Dr W. _____ du 27 septembre 2010 et de la Dresse B. _____ du 11 août 2011. Il ajoute qu'au vu de la chronicisation de ses troubles somatiques et psychiques, il y a lieu d'admettre son recours et de renvoyer le dossier à l'office intimé en vue de la mise sur pieds d'une expertise bidisciplinaire. Dans ses déterminations du 4 mai 2012, l'OAI confirme sa position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959

- 20 - sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 14 octobre 2010. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé. 3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011

(matériellement applicable en l'espèce, cf.

- 21 - désormais art. 87 al. 2 RAI), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité est insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al 4 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 matériellement applicable en l'espèce, cf. désormais art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, 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; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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). b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la

- 22 - Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). 4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'octobre 2010, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. C'est ici le lieu de préciser que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une

nouvelle demande au sens des art. 87 al. 3 et 4 RAI (cf. consid. 3b supra; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.4 et 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2), il incombe uniquement à la juridiction de céans d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. En revanche, il n'appartient pas à la Cour de mettre en œuvre une expertise, ni de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Partant, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. réplique du 27 mars 2012 p. 2), on ne saurait envisager, dans le présent

- 23 - contexte, un éventuel renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, et ce indépendamment de l'issue du litige. a) A ce stade, on relèvera préalablement que c'est à juste titre que l'OAI ne s'est pas attardé sur la nouvelle traduction française du rapport du Dr F. _____ du 16 septembre 2009, produite par l'assuré le 22 novembre 2010. En effet, quand bien même cette seconde traduction s'avère être de meilleure facture que la précédente version transmise le 2 octobre 2009, il n'en demeure pas moins que, sur le fond, elle réitère les observations figurant dans la première variante, laquelle avait fait l'objet d'un examen par le SMR (cf. avis médical du Dr M. _____ du 29 octobre 2009) avant que l'OAI ne rende sa décision de refus de prestations du 5 novembre 2009. Cette nouvelle traduction ne saurait donc témoigner d'une évolution significative de la situation depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. b) Sur le plan somatique, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 14 octobre 2010, l'assuré a fait valoir que son état de santé s'était dégradé depuis la décision de refus de prestations du 5 novembre 2009, et s'est prévalu à cet égard d'un rapport du Dr W. _____ du 27 septembre 2010 signalant un écoulement sur le tibia proximal gauche dû à une ostéite, des douleurs lombaires, des troubles oculaires et auditifs, ainsi que des céphalées persistantes. L'intéressé s'est par la suite également référé à un compte-rendu du Dr I. _____ du 28 juin 2010, exposant qu'il avait contracté une infection des suites opératoires d'un accident survenu à l'âge de 18 ans et qu'il gardait depuis lors des douleurs au niveau de la jambe gauche avec une formation cutanée présentant par épisodes des écoulements parfois séreux, parfois purulents. D'une part, s'agissant de l'ostéite relevée par le Dr W. _____, respectivement de l'atteinte infectieuse mentionnée par le Dr I. _____, on constate qu'il s'agit là d'une pathologie connue de longue date par l'OAI, puisque référenciée dans divers documents médicaux recueillis lors des procédures antérieures. Ainsi, dans son rapport du 1er novembre 1999

- 24 - (p. 2), le Dr W. _____ se référait déjà à une ostéomyélite du tibia gauche remontant à l'enfance. De même, aux termes de son compte-rendu du 7 mai 2003 (p. 4), le Dr P. _____ évoquait une atteinte infectieuse au niveau du genou gauche durant l'enfance. Enfin, dans l'anamnèse décrite dans son rapport du 22 novembre 2004 (p. 1), le Dr D. _____ faisait également état d'une ostéomyélite du tibia gauche datant de l'enfance du recourant. Bien plus, il ressort des observations du Dr I. _____ que depuis que le recourant a été touché par cette affection, bien avant son arrivée en Suisse, il présente non seulement des douleurs à la jambe gauche mais aussi des écoulements répétitifs au niveau du tibia proximal gauche. Par conséquent, on ne saurait voir là de trace d'une évolution significative survenue depuis la dernière décision de refus de prestations du 5 novembre 2009. D'autre part, en ce qui concerne les douleurs lombaires, les troubles oculaires et auditifs, ainsi que les céphalées persistantes relevés dans le rapport du Dr W. _____ du

27 septembre 2010, il apparaît que ces atteintes ont elles aussi déjà été portées à l'attention de l'office intimé dans le cadre des procédures antérieures. Sur ce point, on relèvera en particulier que, dans leur compte-rendu du 26 juillet 1999, les Drs X. _____ et H. _____ ont mentionné des antécédents de maladie de Scheuermann, de mal de Pott et de hernie discale. Quant au Dr. W. _____, il a fait état, dans son rapport du 1er novembre 1999 (p. 2), de lombalgies chroniques, d'une uvéite de l'œil gauche à répétition, et d'une surdité de perception pratiquement totale à droite et légère à gauche. S'agissant du Dr P. _____, il a observé, dans son rapport du 7 mai 2003, que l'assuré souffrait notamment de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes (p. 4), et qu'il se plaignait en outre de fréquentes douleurs de la moitié droite du crâne et présentait des acouphènes permanents au niveau de l'oreille droite (p. 2). A cela s'ajoute que dans son rapport du 22 novembre 2004, le Dr D. _____ a évoqué, dans l'anamnèse, la présence de troubles auditifs et lombaires, ainsi que de céphalées. Les troubles lombaires de l'assuré ont de surcroît été discutés par les Drs G. _____ (rapport du 9 juin 2005), Q. _____ (rapport du 11 août 2009) et T. _____ (rapport du 20 août 2009). En outre, le dossier contient un rapport du Dr

- 25 - O. _____ du 12 octobre 2006 faisant état d'une surdité avec acouphène à droite remontant à plus de dix ans et d'un acouphène plus récent à gauche. Cela étant, force est de constater que, dans son rapport du 27 septembre 2010, le Dr W. _____ se contente d'énoncer différentes pathologies déjà connues de l'OAI, sans expliquer en quoi celles-ci se seraient aggravées depuis la décision de refus de prestations du 5 novembre 2009. Il ressort de ce qui précède que, sous l'angle somatique, le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était dégradé depuis la dernière décision AI entrée en force. Au surplus, on notera encore que, contrairement à ce que soutient le recourant, peu importe que l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr P. _____ remonte à 2003 (cf. mémoire de recours du 5 octobre 2011 p. 6 et réplique du 27 mars 2012 p. 2). En effet, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas dans le présent contexte (cf. consid. 3b supra), il n'appartenait pas à l'office intimé de procéder à des mesures d'instruction en vue d'actualiser le dossier sous l'angle rhumatologique. Il incombait en revanche à l'intéressé de fournir les éléments médicaux pertinents pour étayer sa nouvelle demande – ce que ce dernier n'a manifestement pas fait s'agissant de la problématique somatique, ainsi qu'il appert des considérations qui précèdent. c) Au niveau psychique, le recourant a soutenu, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, que la situation avait évolué défavorablement depuis le rapport d'expertise de la Dresse L. _____ du 4 décembre 2008, respectivement depuis la décision de refus de prestations du 5 novembre 2009, se prévalant à cet égard d'un rapport du 10 août 2011 de sa psychiatre traitante, la Dresse B. _____. Dans son compte-rendu, cette dernière retient que l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, ainsi que d'autres modifications durables de la personnalité. Elle évalue en outre la capacité résiduelle de travail à 25% et fait état de limitations fonctionnelles consistant en des difficultés de concentration liées à une

- 26 - intolérance aux bruits et à une tendance à devenir rapidement irritable, ceci par défaut de capacité d'adaptation (cf. rapport du 11 août 2011 pp. 4 et 5). Cette appréciation s'écarte de toute évidence de celle de la Dresse L. _____, qui a conclu à des diagnostics incapacitants sous forme d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant, a retenu une capacité résiduelle de travail de 75%, et a signalé les limitations suivantes en lien avec les troubles constatés : baisse de l'élan vital, anhédonie, ruminations, fatigabilité et diminution du seuil à la douleur (cf. rapport

d'expertise du 4 décembre 2008 pp. 20 et 26). Pour autant, cette simple divergence ne saurait témoigner d'une évolution significative des troubles psychiques du recourant depuis l'évaluation de la Dresse L._____. Certes, la psychiatre traitante évoque – laconiquement – une évolution défavorable chez le recourant (cf. rapport du 11 août 2011 p. 5). Elle ne précise toutefois pas depuis quand la situation se serait dégradée, ni en quoi. En particulier, son examen clinique (cf. ibid. pp. 3 et 4) ne met en lumière aucune aggravation objective depuis le rapport d'expertise du 4 décembre 2008. Ainsi, lorsqu'elle conclut à un trouble dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique, elle ne fait en définitive qu'opposer sa propre appréciation à celle de la Dresse L._____, pour qui ce trouble était d'intensité légère et dépourvu de syndrome somatique. A cela s'ajoute que selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, en présence de troubles somatoformes douloureux persistants, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des ces troubles, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine), comme par exemple en cas d'état dépressif majeur (cf. TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010 consid. 2). En l'occurrence, la Dresse B._____ considère que l'état dépressif était au départ probablement réactionnel au syndrome douloureux somatoforme persistant mentionné depuis au moins 2004 (cf. ibid. p. 5), et

- 27 - rien dans son rapport ne permet d'inférer que la situation aurait changé entre-temps. Cela étant, dans la mesure où la psychiatre traitante retient un trouble dépressif de moyenne intensité en faisant abstraction du trouble somatoforme douloureux, son appréciation contrevient aux règles exposées plus haut et ne saurait donc être suivie. Sous un autre angle, la Dresse B._____ fait état d'une modification durable de la personnalité de l'assuré qui peut être comprise en tenant compte de sa souffrance et de ses expériences émotionnelles subjectives qui s'ajoutent à sa personnalité fruste (cf. ibid. p. 5). Or, ces éléments – déjà mis en exergue lors des procédures antérieures (cf. notamment l'anamnèse dressée par le Dr D._____ dans son rapport du 22 novembre 2004) – ont été pris en compte lors de l'examen de la Dresse L._____ (cf. rapport d'expertise du 4 décembre 2008 pp. 10 ss [anamnèse], 16 ss [plaintes et données subjectives de l'assuré] et 20 ss [appréciation du cas et pronostic]), laquelle n'en a pas moins exclu l'existence d'un trouble de la personnalité (cf. rapport d'expertise du 4 décembre 2008 p. 25). Là encore, la psychiatre traitante ne fait donc qu'apprécier de manière différente des éléments déjà étudiés lors des précédentes demandes de prestations. Il en va de même s'agissant des limitations fonctionnelles mentionnées par la Dresse B._____, à savoir des difficultés de concentration en relation avec l'absence de capacité d'adaptation. En effet, en 2008, la Dresse L._____ s'était déjà penchée sur ces paramètres, mais n'avait objectivé aucun trouble de la concentration et avait retenu que l'assuré disposait d'une capacité d'adaptation limitée (cf. rapport d'expertise du 4 décembre 2008 pp. 23, 25 et 26). Le rapport de la psychiatre traitante se limitant à adopter une position contraire sans fournir d'élément concret témoignant d'une quelconque évolution, rien n'indique dès lors que les conclusions de la Dresse L._____ ne soient plus d'actualité sur ce plan. A l'aune des éléments qui précèdent, force est de constater que la Dresse B._____ ne fait que procéder à une appréciation différente d'un état de santé psychique demeuré inchangé. Or, cela ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 et 4 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2).

- 28 - d) Dès lors que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 5 novembre 2009, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 14 octobre 2010. e) On notera encore qu'à l'appui de son mémoire de recours du 5 octobre 2011 (p. 5), le recourant a sollicité l'interrogatoire des parties. Il s'agit là manifestement d'une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle et à l'interrogatoire de la partie) ne suffisant pas à fonder l'obligation d'organiser des débats publics (cf. TF 8C_973/2010 du 21 avril 2011 consid. 2.1). 5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de le recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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