

VD_GERICHTE ZD22.049009 vom 5. Juli 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.049009

FR: VD_GERICHTE ZD22.049009 du 5 juillet 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.049009 del 5 luglio 2023

Erwägungen

E. 3

RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

- 12 - d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). L'assurance-invalidité connaissant jusqu'au 31 décembre 2021 un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au

moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

E. 4

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

- 13 - position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein

- 14 - desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 5

En l'espèce, le recourant fait valoir que, nonobstant le point de vue contraire du SMR, les éléments médicaux produits à l'appui de sa nouvelle demande de prestations attestent une péjoration de son état de santé justifiant l'octroi en sa faveur d'une rente depuis la décision de rente temporaire du 27 juillet 2017.

E. 6

a) A l'appui de sa première demande de prestations, l'assuré a indiqué souffrir des suites d'un accident subi le 10 juillet 2011 (chute dans sa baignoire) qui lui avait causé un traumatisme crânio-cérébral, une perte de connaissance d'une vingtaine de minutes, une

amnésie circonstancielle et une hospitalisation du 10 au 14 juillet 2011. Après avoir recueilli les renseignements utiles auprès des médecins consultés dont le Dr K. _____ qui retenait une incapacité de travail totale de l'assuré, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et neurologie) de l'assuré au R. _____. Dans leur rapport du 17 février 2017, les experts ont conclu que le syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale avait cessé de produire ses effets au-delà du mois d'octobre 2012. Ils ont également posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis l'automne 2012 sur la base d'éléments de surcharge de la symptomatologie montrés par l'assuré dont la collaboration lors des examens n'était pas optimale et qui paraissait s'être enfermé dans un rôle d'handicapé depuis l'accident sans limitations fonctionnelles découlant d'une maladie ou d'un accident. Sur la base de cette expertise bidisciplinaire de février 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2012 au 31 janvier 2013, au motif d'une capacité de travail entière dans toute activité exigible depuis le 19 octobre 2012 (décision du 27 juillet 2017).

- 15 - Par arrêt du 24 juin 2019, lui-même confirmé par arrêt du 21 avril 2020 de la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral (cause 9C_554/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé par l'assuré contre la décision du 27 juillet 2017 de l'OAI en retenant notamment ce qui suit (CASSO AI 271/17 – 186/2018, consid. 6) : “[...]b) En l’occurrence, il y a unanimité médicale quant à la constatation de troubles cognitifs, lesquels font partie des symptômes autorisant le diagnostic de syndrome post- commotionnel ; au demeurant, les experts du R. _____ ne l’excluent pas, dit syndrome étant en effet mentionné dans le diagnostic principal. En revanche, les experts limitent les effets incapacitants du syndrome post-commotionnel au 19 octobre 2012, suivis sur ce point par l’OAI. Il n’est pas contesté que les troubles inhérents à un syndrome post-commotionnel sont présumés disparaître avec le temps. Reste que la durée précise de la guérison peut varier d’un cas à l’autre. Dans un article paru au n°78 du périodique « Informations médicales » (page 93 et ss), édité par la SUVA et destiné aux médecins suisses, le Dr Ruben J. Echemendia mentionne ce qui suit : « Chez la plupart des individus, les signes et symptômes de commotion cérébrale disparaissent naturellement sur une période de temps relativement brève. Iverson, Lange, Gaetz & Zasler (2006) ont revu en détail la littérature médicale et ont conclu que « les troubles cognitifs, psychologiques, ou psychosociaux permanents dus aux effets biologiques du traumatisme sont peu fréquents chez les personnes ayant subi un TCC léger et rare chez les sportifs » (p. 360). En effet, on observe généralement une guérison complète chez les patients traumatisés crâniens en 1 à 3 mois et en 5 à 10 jours chez les sportifs. Certains patients (environ 5 à 20%) ne guérissent pas en 3 mois et développent ce que l’on appelle un syndrome post-commotionnel persistant. Ce syndrome est très controversé car son existence n’a pas été prouvée de façon appropriée dans les études prospectives. Le rôle des litiges ou autres situations pouvant offrir un bénéfice secondaire au patient est évoqué dans le développement et le maintien de ce syndrome post-commotionnel. Il est très difficile à définir et à isoler car les symptômes ne sont pas spécifiques et apparaissent aussi dans la population normale (par ex : céphalées), chez les patients sans antécédents de traumatisme crânien (par ex : traumatisme orthopédique, douleur chronique) et chez les malades psychiatriques (par ex : dépression, état de stress post-traumatique). A présent, la plupart des chercheurs et théoriciens qui étudient cette affection pensent qu’elle est causée par une interaction complexe entre les caractéristiques biologiques du traumatisme, les antécédents psychologiques et

- 16 - psychosociaux du patient, la situation actuelle, les effets de la douleur et une multitude d'autres facteurs ». Il ressort du rapport établi le 27 mars 2012 par le Dr E. _____ que l'incapacité de travail est totale. Dans son rapport du 5 novembre 2012, ce médecin relève également la difficulté de se prononcer sur la capacité de travail et l'évalue à 50% dans l'ancienne activité, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et évoque déjà une éventuelle composante psychogène aux troubles du recourant en raison de son inactivité. Tant dans son rapport du 19 octobre 2012 que dans celui du 5 novembre 2012, le Dr E. _____ qualifie l'évolution de la situation d'atypique et s'avère formel quant à la nécessité d'une réintégration rapide de l'assuré dans le circuit professionnel. Il se déduit de la nature de cette recommandation une pleine capacité de travail au 19 octobre 2012, à tout le moins dans une activité adaptée et sous condition d'une reprise progressive de l'activité professionnelle. Sur ce point, il sied de relever que les mesures de réinsertion professionnelle prévues par l'intimé en 2013 se sont soldées par un échec non pas en raison de limitations qui auraient été objectivées par les intervenants mais parce que l'assuré les estimait incompatibles avec son état de santé. En l'espèce, la date du 19 octobre 2012 retenue par les experts du R. _____ dépasse largement la durée de guérison de la majorité des patients souffrant d'un syndrome post-commotionnel, soit entre 80% et 95% selon l'étude du Dr E. _____ formulée le 19 octobre 2012 et confirmée le 5 novembre 2012, d'intégrer au plus vite un circuit de réinsertion professionnelle, le raisonnement des experts retenant la date du 19 octobre 2012 comme fin de l'incapacité totale de l'assuré en relation avec le syndrome post-commotionnel ne prête pas flanc à la critique. [...] b) A l'appui de sa nouvelle demande, soutenant que son état de santé se serait péjoré sur les plans physique et psychique depuis la décision précédente, le recourant produit des rapports médicaux. Dans le questionnaire de demande d'allocation pour impotent du 20 juillet 2020, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral de sa hauteur le 10 juillet 2011, avec une fracture occipitale paramédiane gauche, des troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, phasiques et ralentissement) et des troubles post-commotionnels (céphalées, vertige, fatigue, hyposomnie, irritabilité, nervosité, phonophobie, intolérance à la foule et trouble de la concentration). Les limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic sont des troubles cognitifs et syndrome post-commotionnel entraînant une fatigabilité accrue, une hypersomnie, des céphalées presque quotidiennes, une irritabilité, des difficultés à débiter et/ou mener à bien une

- 17 - quelconque tâche, un ralentissement dans toutes les activités, etc., depuis 2011. Dans son rapport du 2 juillet 2021, le Prof. A. _____ a diagnostiqué des migraines post-traumatiques aggravées par une composante médicamenteuse, un syndrome post-commotionnel aggravé par des troubles obsessionnels, d'allure post-traumatique, d'intensité moyenne, des symptômes dépressif réactionnels « à évaluer par nos confrères psychiatres » et une insomnie chronique. Malgré la stabilité des plaintes, le Prof. A. _____ décrit une irritabilité encore présente chez l'assuré dont la relation de couple est conservée nonobstant des accès de colère qui restent difficiles à gérer. L'assuré signale être devenu plus maniaque, aggravation que son épouse confirme depuis les dernières années. Cette dernière annonce également des difficultés de son mari à s'impliquer dans les activités quotidiennes (les factures, prises de rendez-vous ou téléphones), l'intéressé ne captant par ailleurs que des bribes de conversation sans parvenir à intégrer l'ensemble. Selon l'épouse les problèmes de mémoire de l'assuré se sont aggravés, à tout le moins dans le fonctionnement quotidien (avec des difficultés à aller chercher trois ou quatre articles en

magasin en l'absence d'une liste très précise et à exécuter deux ou trois tâches à la maison). Toujours selon l'épouse, la planification, par exemple de quelques vacances, est extrêmement difficile. Indiquant que le tableau clinique est « assez important et sévère, caractérisé par une fatigue et des troubles attentionnels post-traumatiques d'intensité moyenne », le Prof. A._____ fait part d'une légère aggravation de ces atteintes à la santé depuis 2015. En page 3 de son rapport, il explique que cette légère aggravation consiste en des migraines post-traumatiques avec maintenant une composante médicamenteuse et des troubles de vérification qui ont nettement augmenté ainsi qu'une fatigue associée à des troubles du sommeil. De l'avis de ce spécialiste, seule la reprise par l'assuré d'une activité en milieu protégé est possible afin de lui permettre de reprendre un certain rythme.

- 18 - De son côté, le Dr K._____ indique, dans son rapport du 5 novembre 2021, partager l'avis du Prof. A._____, à savoir la persistance d'importantes séquelles du trouble crânio-cérébral subi en 2011 avec notamment des troubles cognitifs et post-commotionnels invalidants. Le Dr K._____ estime que le syndrome se manifeste sur le plan comportemental (désinhibition, agressivité, irritabilité, etc.) et aussi dans la gestion de tâches multiples, la (non) prise d'initiative, le non maintien/non achèvement des tâches débutées et la quasi absence de planification et/ou d'organisation chez son patient. Il est d'avis qu'en raison des déficits et limitations fonctionnelles sévères, y compris dans les activités quotidiennes, une activité sur le premier marché de l'emploi est inenvisageable. A ses yeux, même une activité en milieu protégé semble impossible, l'assuré n'étant pas en mesure de tenir un horaire régulier (en raison de fréquentes migraines le clouant au lit et de séquelles dont l'intolérance au bruit, la saturation rapide puis l'irritabilité, etc.). Pour sa part (rapport du 8 février 2022), la nouvelle spécialiste en neurologie (la Dre U._____) a vu l'assuré à une seule reprise le 1er septembre 2021. Elle a posé le diagnostic incapacitant de migraines épisodiques à haute fréquence mais sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Dans son rapport du 1er juillet 2022, la psychiatre traitante (la Dre E._____) qui suit l'assuré depuis le 18 juin 2020 a retenu le diagnostic incapacitant d'un trouble dépressif récurrent (F32.2). A son avis, son patient n'est plus apte à travailler dans la profession qu'il exerçait auparavant en raison d'une capacité de concentration et d'attention insuffisante. Elle ne se prononce par contre pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Elle retient des limitations fonctionnelles qui sont une intolérance au bruit et à la lumière, des difficultés de concentration et de mémoire (qui limitent le soutien d'un effort mental plus d'une vingtaine de minutes), un besoin de vérification induit par les troubles mnésiques (stratégie de compensation) qui ralentit l'exécution des tâches, et des difficultés de gestion des émotions qui

- 19 - rendent très difficile le travail en équipe ou sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique. c) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du mois de mai 2020, le recourant fait part d'une aggravation de son état de santé en lien avec l'accident du 10 juillet 2011. Il allègue présenter une rechute en raison de l'augmentation des douleurs entraînant une invalidité totale en lien avec les atteintes cérébro-organiques causées par l'accident. Or, les experts du R._____, la Cour de céans et le Tribunal fédéral ont déjà largement expliqué les motifs pour lesquels aucun effet invalidant des symptômes persistants du syndrome post-commotionnel (céphalées, vertige, fatigue, hyposomnie, irritabilité, nervosité, phonophobie, intolérance à la foule et trouble de la concentration) ne pouvait être retenu au-delà du mois d'octobre 2012 (cf. consid. 6a supra). Dans ses rapports des 20 juillet 2020 et 5 novembre 2021, le Dr K._____ ne fait état d'aucune aggravation

de l'état de santé du recourant sans retenir d'autre diagnostic que ceux déjà connus, à savoir une fracture occipitale paramédiane gauche, des troubles cognitifs et un syndrome post-commotionnel existant depuis 2011 qui n'a toutefois aucun effet invalidant depuis le mois d'octobre 2012. Ce médecin ne fournit aucun élément nouveau mais se limite à énumérer des symptômes déjà pris en compte dans le cadre de l'instruction de la précédente demande de prestations. Par ailleurs, il importe de rappeler que l'avis de médecin traitant du Dr K. _____ doit de toute manière être reçu avec précaution (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1) étant entendu que le médecin traitant retenait déjà une capacité de travail de son patient nulle à l'époque de la précédente demande de prestations. Du point de vue neurologique, le rapport du 2 juillet 2021 du Prof. A. _____ a été analysé par le SMR, lequel a constaté que ce médecin reprenait les plaintes cognitives rapportées par l'assuré et son épouse (notamment les troubles du sommeil, la fatigue, les céphalées, la

- 20 - pauvreté des activités sociales, familiales et l'irritabilité) et qui sont superposables aux examens des précédents neurologues ayant examiné l'assuré. La légère aggravation du tableau clinique (migraines post-traumatiques avec maintenant une composante médicamenteuse et des troubles de vérification qui ont nettement augmenté ainsi qu'une fatigue associée à des troubles du sommeil) décrite n'est pas susceptible d'objectiver une péjoration du status qui reste globalement dans la norme, sous la réserve des douleurs à l'hémiface droite d'origine cervicale. Du reste, le Prof. A. _____ fait remonter cette légère aggravation en 2015 ce qui exclut tout élément nouveau à ceux déjà connus et dûment investigués lors de la précédente demande. Dans son très bref rapport du 8 février 2022, la nouvelle spécialiste en neurologie (la Dre U. _____) est quant à elle dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré après une seule consultation. Dans son rapport du 1er juillet 2022, la Dre E. _____ ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée et n'invoque pas d'élément nouveau. Le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent (F32.2) n'est pas étayé sur la base d'éléments anamnestiques et les observations de la psychiatre traitante qui vont plutôt dans le sens d'une fluctuation de l'humeur, une intolérance à la frustration et un sentiment d'injustice (« La thymie baisse. En automne 2019, la thymie se péjore encore suite au refus de reconnaissance de son invalidité et des séquelles résultant de son TCC par le Tribunal fédéral des assurances »). Or pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit

- 21 - comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonomes – en ce sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel – et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016

consid. 4). Une décompensation passagère après réception d'une décision de refus de prestations comme en l'espèce n'est pas en elle-même suffisante pour être considérée comme maladie durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité. On ne peut donc voir dans le rapport de la psychiatre traitante de nouvel élément pertinent depuis la précédente demande de prestations. Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations déposée en mai 2020, le médecin du SMR constate que les rapports médicaux n'objectivent pas d'aggravation de l'état de santé ni de nouvelles atteintes mais demande un complément d'instruction (avis médical SMR du 27 janvier 2022 du Dr S. _____). Il maintient son avis, dûment motivé, après réception des rapports médicaux supplémentaires suivants ; malgré son instruction, aucun élément médical objectif n'est de nature à établir une aggravation de l'état de santé de l'assuré ; tant les plaintes psychiatriques que neurologiques sont déjà décrites de manière superposable lors de l'instruction de la précédente demande de prestations et se comprennent comme les suites du traumatisme cranio- cérébral avec fracture occipitale non déplacée, sans lésion cérébrale, avec syndrome post-commotionnel, de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et des céphalées mixtes (avis médical SMR du 13 juillet 2022 du Dr S. _____). d) Le recourant soutient que les avis SMR émanant du Dr S. _____ ne sauraient l'emporter sur les avis opposés des Drs A. _____ et K. _____ au motif que le médecin du SMR n'est pas spécialiste FMH

- 22 - dans le domaine de compétence, soit la médecine physique. Il fait valoir en conséquence que l'avis contraire d'un seul médecin psychiatre au SMR ne peut pas être considéré comme probant et qu'il incombait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise, ou à tout le moins, obtenir l'avis d'un neurologue. En outre, l'avis de la Dre E. _____ contredirait « intégralement » les conclusions du SMR. Les rapports du SMR au dossier constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse de tous les documents médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités distinctes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelque que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Il convient de rappeler que les compétences dévolues au SMR consistent précisément à évaluer l'intégralité du dossier, cas échéant à comparer deux situations et à juger l'apparition de nouveaux éléments (TF 9C_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 ; 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). Ainsi, le fait que le médecin du SMR ne dispose pas de formation spécifique dans le domaine de la médecine physique n'est pas pertinent dès lors que sa formation de médecin et son rôle de médecin-

- 23 - conseil lui permettent de comparer deux situations et de juger de l'apparition d'éléments nouveaux. Il y a lieu de constater la valeur probante des rapports SMR qui se basent sur l'ensemble des pièces au dossier – en particulier le rapport du 1er juillet 2022 de la psychiatre traitante dont il ne ressort aucun élément nouveau depuis la précédente demande de prestations (cf. consid. 6b supra) – et en font une appréciation motivée et convaincante, contrairement à ce qu'allègue le recourant dont les griefs infondés sont ainsi écartés. e) Au final, il y a lieu de confirmer que les documents médicaux produits avec la nouvelle demande de prestations du mois de mai 2020 du recourant ne mettent en évidence aucun élément médical nouveau déterminant par rapport à la situation prévalant antérieurement. En refusant l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité en l'absence de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité depuis la précédente décision de rente d'invalidité temporaire du 27 juillet 2017, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

E. 7

a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 24 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 27 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de V._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour V._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

- 25 - 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.